

**SAIRAAHOITAJIEN EPÄAMMATILLINEN TOIMINTA JA  
AMMATINHARJOITTAMISOIKEUKSIIN PUUTTUMINEN**

Havaintorungon kehittäminen ja testaaminen asiakirja-aineistolla

Maija Suikki  
Pro gradu -tutkielma  
Hoitotiede  
Preventiivinen hoitotiede  
Itä-Suomen yliopisto  
Terveystieteiden tiedekunta  
Hoitotieteen laitos  
Toukokuu 2018

# SISÄLTÖ

## TIIVISTELMÄ ABSTRACT

<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>1</b>
<b>2 SAIRAANHOITAJIEN AMMATINHARJOITTAMINEN JA SIIHEN PUUTTUMINEN.....</b>	<b>3</b>
2.1 Sairaanhoidajien työtä ohjaava lainsäädäntö ja ammattietiikka.....	4
2.2 Aikaisempi tutkimustieto sairaanhoidajista, joiden ammatinharjoittamisoikeuteen on puututtu.....	5
2.2.1 Ammatinharjoittamisoikeuteen puuttumiseen johtanut hoitajien epäammatillinen toiminta.....	6
2.2.2 Kuvaus hoitajista, joiden ammatinharjoittamisoikeuteen on puututtu .....	6
2.2.3 Epäammatillisen toiminnan kuvaus .....	9
2.2.4 Vireille tulo ja seuraamukset.....	10
2.2.5 Epäammatillisen toiminnan uusiutuminen .....	11
2.3 Valvonta ja ammatinharjoittamisoikeuksiin puuttuminen .....	12
2.4 Teoreettisen viitekehyksen yhteenveto .....	15
<b>3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....</b>	<b>16</b>
<b>4 TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUSAINEISTO.....</b>	<b>17</b>
4.1 Tutkimusmenetelmä .....	17
4.2 Aineiston kerääminen ja analysointi .....	18
4.2.1 Havaintorungon kehittäminen .....	18
4.2.2 Aineiston kerääminen.....	19
4.2.3 Aineiston käsittely ja analysointi .....	20
4.3 Eettisyys .....	21
4.4 Luotettavuus .....	22
<b>5 TULOKSET.....</b>	<b>24</b>
5.1 Sairaanhoidajia kuvaavat taustatiedot .....	24
5.2 Epäammatillisen toiminnan muodot.....	29
<b>6 POHDINTA .....</b>	<b>31</b>
6.1 Keskeisten tulosten tarkastelua .....	31
6.1.1 Sairaanhoidajia kuvaavat taustatiedot .....	31
6.1.2 Epäammatillisen toiminnan kuvaus .....	37
6.1.3 Pilotoinnin arviointi .....	39
6.2 Tulosten luotettavuus .....	40
6.3 Johtopäätökset .....	42
6.4 Jatkotutkimusaiheita.....	43
<b>LÄHTEET.....</b>	<b>44</b>

## LIITTEET

- Liite 1. Tiedonhaku tietokannoista
- Liite 2. Kirjallisuushaun artikkelit
- Liite 3. Havaintorunko

**Suikki, Maija**Sairaanhoitajien epäammattillinen toiminta ja  
ammattinharjoittamisoikeuksiin puuttuminen —  
Havaintorungon kehittäminen ja testaaminen  
asiakirja-aineistolla

Ohjaajat:

Pro gradu -tutkielma, 48 sivua, 3 liitettä (8 sivua)  
Dosentti, TtT Mari Kangasniemi ja nuorempi tutkija,  
TtM Oili PapinahoToukokuu 2018

---

Sairaanhoitajan ammatillinen toiminta vaikuttaa hoitotyön laadun ja potilasturvallisuuden toteutumiseen. Joskus sairaanhoitajan ammatillinen toiminta ei yllä ammattinharjoittamisen edellyttämälle tasolle, jolloin puhutaan epäammattillisesta toiminnasta. Vaikka epäammattillinen toiminta on sairaanhoitajien lukumäärään verrattuna vähäistä, siihen täytyy puuttua ja kehittää keinoja sen ennaltaehkäisyyn. Tämän pro gradu-tutkielman tarkoituksena oli kuvata tapauksia, joissa sairaanhoitajien ammattinharjoittamisoikeuteen on epäammattillisen toiminnan seurauksena Valviran toimesta puututtu. Tämä tutkimus oli tutkimushankkeen pilottivaihe ja tavoitteena oli havaintorungon kehittäminen ja testaaminen asiakirja-aineistolla.

Tutkimusaineiston muodostivat Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviran selvitysasiakirjat sairaanhoitajien ammattinharjoittamisoikeuteen puuttumiseen liittyvistä tapauksista, joista on tehty päätös vuosina 2014 tai 2015 ja joista tehty havaintorunko oli kirjattu näille vuosille. Aineisto kerättiin tätä tutkimusaineistoa varten kehitetyllä havaintorungolla. Tämä tutkimus kohdentui aineistonkeruun pilotointiin, joka sisälsi havaintorungon laatimisen ja testaamisen sekä analyysin tekemisen 68 havaintorungon perusteella. Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin käyttäen SPSS 24 for Windows -ohjelmaa.

Ammattinharjoittamisoikeuteen puuttumisen tapauksissa sairaanhoitajien ikä vaihteli 26—61 vuoden välillä. Sairaanhoitajista 22 % oli miehiä ja 78 % naisia. Joka kolmas sairaanhoitaja oli valvontaprosessin käynnistyessä työskennellyt senhetkisessä työpaikassaan alle vuoden. Suurin osa työskenteli sairaanhoitajan tehtävissä, yksi kymmenestä työskenteli apulaisosastonhoitajan tai tiimivastaavan tehtävissä. Epäammattillista toimintaa esiintyi tavallisimmin sairaalaympäristössä ja asumispalveluissa. Yleisin yksittäinen tekijä epäammattillisessa toiminnassa on hoitajan päihteidenkäyttö. Yleisimmät epäammattillisen toiminnan ilmenemismuodot olivat päihderiippuvuus, lääkkeiden anastaminen, päihtyneenä työskenteleminen, ammattiosaamisen puutteet, epäasiallinen työkäyttäytyminen sekä työkyvyn aleneminen mielenterveydellisistä syistä.

Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat aikaisempien tutkimusten tuloksia. Epäammattillista toimintaa ennaltaehkäiseviä toimia voidaan kehittää tutkimustiedon avulla. Tutkimusta aiheesta tarvitaan, jotta tukitoimia saadaan kohdistetuiksi niitä tarvitseviin hoitajiin ja heidän työskentelynsä vaikuttaviin tekijöihin.

Asiasanat: Sairaanhoitaja, terveydenhuollon valvonta, ammattinharjoittamisoikeuteen puuttuminen, epäammattillinen toiminta, dokumenttianalyysi, pilottitutkimus

**Suikki, Maija**

Unprofessional conduct by nurses and intervening in their right to practice their profession — Developing and testing an observation structure with document data

Supervisors:

Master's thesis, 48 pages, 3 appendices (8 pages)  
Docent Mari Kangasniemi, PhD and Early Stage  
Researcher Oili Papinaho, M.Sc.

May 2018

---

The professional conduct of nurses has an influence on the quality of nursing and implementation of patient safety. When nurses' professional conduct does not meet the expected quality, we talk about unprofessional conduct. While unprofessional conduct is seldom detected considering the volume of nurses, intervening and developing means to combat it is needed. The purpose of this Master's thesis is to describe situations where Valvira had intervened in the nurses' right to practice their profession due to unprofessional conduct. This study served as the piloting stage of a research project and the aim of this study was to pilot an observation structure with document data.

The research data comprised investigation reports by National Supervisory Authority for Welfare and Health, Valvira, concerning cases concluded in 2014 or 2015. The observation structures of the cases had been recorded for these years. The data were collected from the documents with an observation structure developed for this material. The structure was first developed based on previous research and literature. This study targeted on piloting of data collection, which included developing and testing the observation structure and analysing data of 68 observation structures. The data were analysed using descriptive statistical analysis with the SPSS 24 for Windows software.

Age of the disciplined nurses varied between 26 and 61 years. Of the nurses, 22 % were male and 78 % were female. One third of the nurses had been working in their current positions for less than a year at the start of the enforcement process. While most of the nurses worked as RN's, one in ten worked as assistant head nurses or heads of teams. Unprofessional conduct occurred most commonly in hospital environments and housing services. Use of intoxicants was the single most common factor of unprofessional conduct. Unprofessional conduct manifested most commonly as substance addiction, stealing of medicines, working under influence, deficiencies in professional skills, unprofessional behaviour at work, and decreased work ability due to mental health issues.

The results of this study verify results of previous research on the subject. Measures preventing unprofessional conduct can be developed with research knowledge. There is need for research on the topic to target support measures to nurses that need them and the factors affecting their work.

Keywords: Registered nurse, regulation of nursing practice, disciplinary actions, unprofessional conduct, document analysis, pilot research

## 1 JOHDANTO

Vuonna 2011 Suomessa oli 102 800 sairaanhoitajaa, kättilöä ja terveydenhoitajaa. Heistä 21 300 oli eläkeikäisiä ja 81 500 työikäisiä. (Sairaanhoitajaliitto 2014a.) Suomessa terveydenhuollon toimintayksiköiden ja ammattihenkilöiden toiminnan valvonta kuuluu Valviralle (Valvira 2015a) ja aluehallintovirastoille (Aluehallintovirasto 2016). Vuonna 2016 Valviralle tuli selvitettäväksi 442 ja vuonna 2017 447 kantelua terveydenhuollosta (Valvira 2018c).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata tapauksia, joissa sairaanhoitajien ammatinharjoittamisoikeuteen on Valviran toimesta jouduttu puuttumaan. Tutkimuksen aineiston muodostavat Valviran kyseisistä tapauksista arkistoimat selvitysasiakirjat. Tutkimusmenetelmänä käytettiin dokumenttianalyysiä. Aineisto on määrällinen ja se analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin käyttäen SPSS 24 for Windows -ohjelmaa.

Ilmiönä hoitajien epäammattillinen toiminta ja ammatinharjoittamisoikeuksiin puuttuminen ovat harvinaisia Suomessa toimivien sairaanhoitajien määrään nähden. Julkisuudessa on esitetty vakavimpia tapauksia, esimerkiksi vuonna 2017 uutisoitu tapaus, jossa hoitaja oli ottanut lapsipotilaan morfiinia omaan käyttötarkoitukseensa (Poranen 2017) tai vuonna 2016 tapahtunut neljän kättilön ilokaasun väärinkäyttö (Mikkonen 2016).

Sairaanhoitaja on terveydenhuollon ammattihenkilö (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994), jonka työtehtäviin kuuluvat potilaiden hoitotyön toteutus, potilaiden voinnin tarkkailu, moniammatillisen yhteistyön tekeminen sekä potilaiden ja omaisten ohjaaminen ja tukeminen. (Smeds-Alenius ym. 2016). Länsimaissa osaksi terveydenhuoltoalaa on 1900-luvun alkupuolelta lähtien kuulunut sen järjestelmällinen valvonta (Kim ym. 2013, Garrett & MacPhee 2014). Hoitajien ammatillisen toiminnan valvontaa tarvitaan paitsi potilasturvallisuuden, myös hoitajien ammatin vuoksi (Kim ym. 2013). Valvonta on laadun varmistamista, jonka avulla voidaan säilyttää hoitotyön laatu ja etiikka riittävällä tasolla (Kim ym. 2013, Azuri ym. 2014).

Hoitajien ammattioikeuksiin puuttumiseen johtaneista tapauksista on tutkimustietoa rajallisesti. Suomalaista tutkimusta aiheesta ei ole juurikaan tehty. Tämä on tutkimushankkeen pilottivaihe. Lisäksi samassa tutkimushankkeessa on tehty kaksi muuta pro gradu -tutkielmaa. Tutkimushanke toteutuu Itä-Suomen yliopiston ja Valviran yhteistyönä. Tämän tutkimuksen aineistoa ei ole aikaisemmin tutkittu. Tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää

terveydenhuollon valvontakäytäntöjen kehittämisessä sekä ongelmatilanteita ennaltaehkäisevien toimien suunnittelussa.

## 2 SAIRAANHOITAJIEN AMMATINHARJOITTAMINEN JA SIIHEN PUUTTUMINEN

Sairaanhoitaja on terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö, jolle on myönnetty ammatinharjoittamisoikeus (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994). Tässä tutkimuksessa aineistona käytettävät selvitysasiakirjat koskevat sairaanhoitajia, joiden ammatinharjoittamisoikeuteen on epäammattillisen toiminnan seurauksena puututtu Valviran toimesta. Sairaanhoitajien ammatillista toimintaa ohjaavat muun muassa laki ja ammattietiikka. Epäammattillisella toiminnalla tarkoitetaan hoitajan toimintaa, joka on omiaan vahingoittamaan potilasta tai väestöä eikä täytä hyväksyttävän hoidon kriteerejä (Arkansas State Board of Nursing 2018).

Tutkimusaiheen kartoittamiseksi tehtiin systemoitu kirjallisuushaku (Liite 1) hoitajien epäammattillisesta toiminnasta ja ammatinharjoittamisoikeuksiin puuttumisesta. Kirjallisuushaussa käytettiin seitsemää eri tietokantaa (CINAHL, Pubmed, Scopus, PsycInfo, Medic, Josku ja Melinda). Lisäksi tehtiin manuaalinen haku valittujen artikkeleiden lähdeluetteloista sekä kahdesta kotimaisesta hoitotieteellisestä julkaisusta: *Hoitotiede-* ja *Tutkiva hoitotyö* -lehdistä. Kotimaisista julkaisuista hakeminen ei kuitenkaan tuottanut tulosta. Kirjallisuushaku tehtiin maaliskuussa 2016 ja päivitettiin heinäkuussa 2017.

Kirjallisuushaku rajattiin hoitajien ammatinharjoittamisoikeuteen puuttumista ja epäammattillista toimintaa koskeviin artikkeleihin. Vaikka tässä tutkimuksessa tutkitaan ainoastaan sairaanhoitajia, otettiin kirjallisuushaussa mukaan kaikki hoitajia koskevat artikkelit (nurse, nurs\*). Haun rajauksina olivat suomen- ja englanninkieliset artikkelit, vuodet 2006–2017, academic journals ja peer reviewed tietokannoissa, joissa nämä rajaukset olivat käytettävissä. Lisäksi artikkeleiden koko tekstin tuli olla saatavilla. Työpaikkakiusaamista ja hoitajien päihteidenkäyttöä koskevat artikkelit rajattiin kirjallisuushaun ulkopuolelle. Työpaikkakiusaamisen ajateltiin olevan ammatinharjoittamisoikeuksiin puuttumisesta erillinen, paljon tutkittu ilmiönsä. Hoitajien päihteidenkäytöstä oli tekeillä erillinen tutkimus.

Tietokannoista löydettiin 9 ja manuaalisella haulla vielä 4 kriteerit täyttävää tutkimusartikkelia, eli yhteensä kirjallisuuskatsaukseen valittiin 13 tutkimusartikkelia (Liite 2). Näiden artikkeleiden tutkimusaiheet koskivat hoitajista tehtyjä kanteluita, hoitajien epäammattillista toimintaa ja sen uusiutumista. Artikkelit arvioitiin käyttäen Hawkerin ym. (2002) arviointikriteereitä.

## 2.1 Sairaanhoidajien työtä ohjaava lainsäädäntö ja ammattietiikka

Sairaanhoidajien ammatillista toimintaa ohjaavat lainsäädäntö ja ammattietiikka. Tämän tutkimuksen aiheen kannalta keskeisimpiä lakeja ovat Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 sekä Laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä 556/1989 (Valvira 2015b). Lisäksi terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä säädetään muun muassa Terveydenhuoltolaissa 1326/2010 sekä Erikoissairaanhoitolaissa 1062/1989 (Taulukko 1).

Taulukko 1. Sairaanhoidajien toimintaan ja ammatinharjoittamisoikeuksiin puuttumiseen liittyviä lakeja.

<b>Laki</b>	<b>Sisältö, mm.</b>
Potilaslaki (785/1992)	Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä itsemääräämisoikeus
Laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä (556/1989)	Potilaiden terveys- ja henkilötietojen salassapito ja luovutus
Terveydenhuollon ammattihenkilölaki (559/1994)	Terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutusvaatimukset ja heidän toimintansa valvonta
Laki Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirastosta (669/2008)	Valviran tehtävien määrittely
Arkistolaki (831/1994)	Valviran selvitysasiakirjat, niiden säilytys ja käyttö
Aluehallintovirastolaki (896/2009)	Aluehallintovirastojen toiminta ja tehtävät
Terveydenhuoltolaki (1326/2010) sekä Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989)	Terveydenhuollon palveluiden järjestäminen

Sairaanhoidajien ammatinharjoittamisoikeuteen puuttumiseen johtaviin tekijöihin liittyy lainsäädännön lisäksi sairaanhoidajien ammattietiikka. Ammattietiikkaa tarvitaan ammateissa, joihin kuuluu eettistä päätöksentekoa (Brighton 2014). Sairaanhoidajan ammatissa eettinen päätöksenteko on osa jokapäiväistä työtä (Kangasniemi ym. 2015). Eettistä keskustelua tarvitaan päätöksenteon tueksi terveydenhuollon kysymyksissä. Usein ei ole yksiselitteistä, minkälaiset ratkaisut olisivat potilaan edun mukaisia. Alan ja uusien hoitomahdollisuuksien kehittyessä eteen tulee jatkuvasti uusia eettisiä kysymyksiä. (ETENE 2011.)



Sairaanhoitajien, terveydenhoitajien, kättilöiden ja ensihoitajien (AMK) eettistä päätöksentekoa heidän työssään tukemaan on laadittu Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Ohjeiden aiheina ovat sairaanhoitajan tehtävä, sairaanhoitaja ja potilas, sairaanhoitajan työ ja ammattitaito, sairaanhoitaja ja työtoverit, sairaanhoitaja ja yhteiskunta sekä sairaanhoitaja ja ammattikunta. (Sairaanhoitajaliitto 2014b.)

ETENE:n julkaisussa Sosiaali- ja terveystieteiden eettinen perusta (2011) määrittellään yhteisiä, sekä terveys- että sosiaalialaa koskevia eettisiä periaatteita. Julkaisun eettiset suositukset koskevat muun muassa asiakkaiden ja potilaiden ihmisarvon ja perusoikeuksien kunnioittamista, ammattihenkilöstön vastuuta työnsä laadusta ja osaamisestaan sekä vastuullista päätöksentekoa ja toimintakulttuuria. (ETENE 2011.)

Hoitotyön ammattietiikkaa on tutkittu melko vähän. Kangasniemen ym. tutkimuksen (2015) mukaan ammattietiikka koostuu arvoista, velvollisuuksista, oikeuksista ja vastuista. Ammattietiikkaa ohjaavat kansallinen lainsäädäntö, kansainväliset sopimukset ja ammattikunnan ohjeistukset. Hoitotyön ammattietiikka on hyvin vakiintunut, mutta silti jatkuvassa muutoksessa erilaisten tekijöiden vaikutuksesta. (Kangasniemi ym. 2015.)

Brighton pohtii artikkelissaan (2014) ammattietiikkaa eri näkökulmista. Ammattietiikka tarjoaa ohjeita erilaisissa tilanteissa toimimiseen. Brightonin esittää ammattietiikkaa kohtaan myös kritiikkiä, jonka mukaan on myös syytä pohtia, vähentävätkö valmiit ohjeet yksilöiden oman eettisen ajattelun ja päätöksenteon taitojen käyttöä. Toisaalta ammattietiikka myös tarjoaa käyttökelpoisia työkaluja eettiseen päätöksentekoon työssä. Keskeistä eettisessä päätöksenteossa on punnita eri vaihtoehtoja ja niiden mahdollisia seurauksia. (Brighton 2014.)

2.2 Aikaisempi tutkimustieto sairaanhoitajista, joiden ammatinharjoittamisoikeuteen on puututtu

Epäammattillinen toiminta sisältää Arkansasin board of nursing:n määritelmän mukaan toiminnan tai tekemättä jättämisen, joka ei täytä hyväksyttävän hoitotyön kriteerejä ja joka voi todennäköisesti johtaa harhaan, huijata tai vahingoittaa potilasta tai väestöä. Epäammattillinen toiminta voi kuitenkin sisältää muutakin. (Arkansas State Board of Nursing 2018.) Kun hoitajan ammattitoiminnan laatu ei jostakin syystä yllä odotetulle tasolle, voivat seuraukset olla ikäviä sekä potilaille että hoitajille (Pugh 2009).

### 2.2.1 Ammatinharjoittamisoikeuteen puuttumiseen johtanut hoitajien epäammattillinen toiminta

Epäammattillisen toiminnan johdosta seuraamuksia sai Israelissa kymmenen vuoden seuranta-aikana 0,24 prosenttia hoitajista (Azuri ym. 2014) ja Yhdysvalloissa 0,54 prosenttia APRN-koulutetuista sairaanhoitajista kahden vuoden seuranta-aikana (Hudspeth 2007). Yhdysvalloissa ammatillisiin rajoihin liittyvän epäammattillisen toiminnan johdosta seuraamuksia sai 0,01 prosenttia sairaanhoitajista viiden vuoden seuranta-aikana (Jones ym. 2008). Kenwardin Yhdysvalloissa tekemän tutkimuksen mukaan epäammattillisen toiminnan ilmeneminen lisääntyi 11 vuoden seurannan aikana 65 prosenttia. Vuonna 1996 tapauksia oli 7 737 ja vuonna 2016 niitä oli 12 780. (Kenward 2008.)

### 2.2.2 Kuvaus hoitajista, joiden ammatinharjoittamisoikeuteen on puututtu

Epäammattilliseen toimintaan syyllistyneistä sairaanhoitajista 17—30 prosenttia oli miehiä (Evangelista & Sims-Giddens 2008, Jones ym. 2008, Kenward 2008, Zhong ym. 2009, Hester ym. 2011, Hudson & Droppers 2011, Zhong & Thomas 2012, Azuri ym. 2014, da Silva ym. 2016). Australiassa Chiarella ja Adrian ovat tutkineet ammatillisten rajojen ylittämistä koskevia tapauksia sairaanhoitajien ja kätilöiden potilassuhteissa. Vuosina 1999–2006 tapauksia oli 29. Näistä 29 hoitajasta 17 oli miehiä, joista yhdestä tuli myöhemmin nainen. (Chiarella & Adrian 2014.)

Useissa tutkimuksissa mainittiin miesten osuuden olevan paikalliseen hoitajapopulaatioon verrattuna korkea. Esimerkiksi Yhdysvalloissa valvontaprosessien kohteina olleista hoitajista 14—18 % oli miehiä, miesten osuuden liittovaltiossa työskentelevistä sairaanhoitajista ollessa 5—6 % (Kenward 2008, Zhong ym. 2009, Zhong & Thomas 2012). Teksasissa vuosina 2004–2008 useamman kuin yhden kerran valvontaprosessin kohteena olleista sairaanhoitajista (n=59) 23,7 % oli miehiä, Teksasin sairaanhoitajapopulaatiossa miesten osuuden ollessa 9,8 % (Hester ym. 2011). Missourissa 18,9 prosenttia valvontatoimista kohdistui miespuolisiin hoitajiin. Paikallisessa hoitajapopulaatiossa miehiä on 7,5 prosenttia. (Evangelista & Sims-Giddens 2008.) Toisaalta Israelissa valvontaprosessin kohteina olleista hoitajista miehiä oli 30 prosenttia, minkä tutkijoiden mukaan ei poikkea paikallisesta hoitajapopulaatiosta (Azuri ym. 2014).

Hoitajien iät alkoivat 20—27 vuodesta ja päättyivät 65—77 vuoteen (Jones ym. 2008, Zhong ym. 2009, Hester ym. 2011, Hudson & Droppers 2011, Zhong & Thomas 2012). Iän keskiarvo

oli aikaisemmissa tutkimuksissa 43—51,5 vuotta (Jones ym. 2008, Kenward 2008, Zhong ym. 2009, Hester ym. 2011, Hudson & Droppers 2011, Zhong & Thomas 2012) ja mediaani oli 50 vuotta (Hester ym. 2011).

Hoitajien ikä ensimmäisen hoitoalan ammatinharjoittamisoikeutensa saadessaan oli keskimäärin 31,5 vuotta (Kenward 2008). Brasilialaistutkimuksessa valituksia oli tehty enemmän nuoremmista hoitotyön ammattilaisista. Tutkimuksen perusteella näyttäisi, että työkokemuksen karttuessa virheet hoitotyössä mahdollisesti vähenevät. (da Silva ym. 2016.)

Hoitajien työkokemuksen määrässä oli vaihtelua eri tutkimusten välillä. Kenwardin tutkimuksen mukaan hoitajat olivat toimineet ammatissaan keskimäärin 12 vuoden ajan seuraamuksen saadessaan. Noin viidennes hoitajista oli työskennellyt 2–5 vuoden ajan ja 26 % 6–10 vuoden, 37 % 11–24 vuoden ja 8 % yli 25 vuoden ajan. (Kenward 2008.) Israelilaistutkimuksen aineiston hoitajista 26 %:lla oli työkokemusta enintään 5 vuotta, 24 %:lla 6–10 vuotta, 28 %:lla 11–20 vuotta ja 22 %:lla vähintään 21 vuotta (Azuri ym. 2014). Israelilaistutkimuksessa lähes kahdessa kolmasosassa tapauksista hoitajalla oli työkokemusta 11 vuotta tai enemmän (Azuri ym. 2014). Yhdysvaltalaistutkimuksessa hoitajilla oli työkokemusta keskimäärin 14,3 vuotta, vaihdellen 1-54 vuoden välillä (Zhong & Thomas 2012). Toisen yhdysvaltalaistutkimuksen mukaan epäammattillisesti toimineista hoitajista yli puolet (55 %) oli työskennellyt työpaikassaan alle 2 vuoden ajan (Zhong & Thomas 2012).

Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan epäammattilliseen toimintaan syyllistyneissä hoitajissa olivat afroamerikkalaiset, natiivit amerikkalaiset sekä latinalaisamerikkalaiset maan hoitajapopulaatioon verrattuna hieman yliedustettuina ja aasialaistauksiset sekä valkoihoiset hieman aliedustettuina (Kenward 2008). Oregonissa seuraamuksia saaneista hoitajista 90,6 % oli valkoihoisia, muiden etnisten taustojen edustajia oli kutakin alle 2 % tapauksista (Hudson & Droppers 2011). Israelilaistutkimuksessa hoitajista 83 % oli juutalaisia ja 17 % arabeja, mikä tutkijoiden mukaan vastaa paikallista hoitajapopulaatiota (Azuri ym. 2014). Teksasissa useampia seuraamuksia saaneista hoitajista 78 % oli valkoihoisia, 11,9 % afroamerikkalaisia, 5,1 % aasialaisia ja 5,1 % latinalaisamerikkalaisia (Hester ym. 2011).

Yhdysvalloissa juristit Collins ja Mikos ovat työssään kohtaamiensa tapausten perusteella luoneet viitekehyksen, johon sisältyy kuusi kategoriaa, jotka kuvaavat epäammattillisesti toimineita hoitajia. Nämä kategoriat ovat alalle soveltumattomat (bad apples), heikentyneet (impaireds), epäpätevät (incompetents), rikolliset (criminals), sääntöjen venyttäjät (rule

benders) sekä hyvät hoitajat, joilla oli huono päivä (good nurses having a bad day). (Collins & Mikos 2008.)

Rikoshistorian ja epäammatillisen toiminnan välisestä yhteydestä oli eri tutkimuksissa saatu erilaisia tuloksia. Clevette, Erbin-Roesemann ja Kelly ovat Yhdysvalloissa tutkineet hoitajien aikaisemman rikoshistorian ja työuralla ilmenevien rikkomusten välisiä yhteyksiä. Tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijän aikaisemman rikoshistorian ja työuran aikana mahdollisesti ilmenevän epäammatillisen toiminnan välillä ei ole yhteyttä. Tutkimuksessa kuitenkin kävi ilmi, että aikaisempaa rikoshistoriaa omaavilla hoitajilla kului lyhempi aika työuran alkamisesta ensimmäiseen epäammatillisen toiminnan tapaukseen kuin hoitajilla, joilla aikaisempaa rikoshistoriaa ei ole. Hoitajien keskimääräinen ikä ensimmäisen epäammatillisesta toiminnasta tuomitun seuraamuksen hetkellä oli aikaisempaa rikoshistoriaa omaavilla hoitajilla 35,3 vuotta ja ilman rikoshistoriaa olevilla hoitajilla 42 vuotta. (Clevette ym. 2007.) Toisen yhdysvaltalais tutkimuksen mukaan epäammatilliseen toimintaan syyllistyneistä hoitajista 35 %:lla oli aikaisempia rikostuomioita, kun kontrolliryhmässä niitä oli 3 prosentilla (Zhong ym. 2009).

Brasilialaistutkimuksen mukaan hoitajista tehdyt valitukset koskivat useimmiten julkisissa toimintayksiköissä ilmenneitä tapahtumia, useimmiten sairaalaympäristöä (da Silva ym. 2016). Israelilaistutkimuksen mukaan 43 % valvontaprosessin kohteena olleista hoitajista työskenteli sairaaloissa ja 29 % ikääntyneiden asumispalveluissa (Azuri ym. 2014). Ammatillisten rajojen ylittämisen tapauksista lähes puolet (14/29) sijoittui mielenterveyspalveluihin. (Chiarella & Adrian 2014.)

Texasissa useampia kertoja seuraamuksia saaneista sairaanhoitajista 52,5 % työskenteli sairaalaympäristössä, 8,5 % kotiin annettavien terveyspalveluiden parissa sekä 6,8 % pitkäaikaishoidon yksiköissä. Erikoisalat vaihtelivat suuresti: 10,2 % työskenteli tehohoidon ja 10,2 % naistentautien ja synnytysten erikoisaloilla. Suurin osa, 54,2 %, työskenteli sairaanhoitajan tehtävissä, loput johtamiseen tai opettamiseen liittyvissä tehtävissä. (Hester ym. 2011.) Yhdysvaltalais tutkimuksessa seuraamuksia saaneista hoitajista 44 % työskenteli pitkäaikaishoidon parissa ja 35 % sairaalaympäristössä, pitkäaikaishoidon ollessa selvästi yliedustettuna paikalliseen hoitajapopulaatioon nähden (Zhong ym. 2009). Toisessa yhdysvaltalais tutkimuksessa hoitajista 38 % työskenteli sairaaloissa ja 32 % pitkäaikaishoidon tai tuetun asumisen yksiköissä (Zhong & Thomas 2012).

### 2.2.3 Epäammatillisen toiminnan kuvaus

Vaikka hoitajien päihteidenkäyttöä koskevat artikkelit rajattiin kirjallisuushaun ulkopuolelle, näyttäytyi päihteidenkäyttö hoitajien epäammatilliseen toimintaan liittyvänä läpäisevänä tekijänä. Useissa tutkimuksissa juuri päihteidenkäyttö on yksi yleisimmistä ammatinharjoittamisoikeuteen puuttumisen syistä (Clevette ym. 2007, Kenward 2008, Hudson & Droppers 2011).

Hudson ja Droppers ovat jaotelleet Oregonissa vuosina 1996–2008 ilmenneet hoitajien epäammatillisen toiminnan muodot kuuteen eri kategoriaan, jotka ovat päihteiden käyttö, hoitotyön laadun puutteet tai virheet, epäammatillinen käyttäytyminen, kirjaamisen puutteet, epäpätevyys ja muut syyt (Hudson & Droppers 2011). Kenwardin tutkimuksen mukaan epäammatillisen toiminnan tapauksista 8 % liittyi rikokseen ja 3 % lääkehoidon virheisiin. Päihteisiin liittyvät syyt olivat läsnä joka neljännessä (24 %) tapauksessa. (Kenward 2008.)

Clevetten ym. tutkimuksessa seuraamuksiin johtaneen epäammatillisen toiminnan yleisimpiä ilmenemismuotoja olivat päihteisiin liittyvät syyt, epäeettinen toiminta hoitotyössä, toiminta jossa ilmenee arviointikyvyn heikkenemistä, potilastietojen muuttaminen tai tuhoaminen, valtuuksiensa ylittäminen sekä heikkolaatuinen hoitotyö (ei sisällä lääkehoitoa) (Clevette ym. 2007). Hudspethin tutkimuksessa valvontatoimien syinä olivat potilaiden kohteluun ja turvallisuuteen liittyvät syyt (30 %), epäammatillinen käyttäytyminen (28 %), päihteisiin liittyvät syyt (21,5 %) sekä valtuuksiensa ylittäminen (20 %) (Hudspeth 2007).

Chiarellan ja Adrianin tutkimuksessa ammatillisia rajoja koskevista tapauksista epäammatillisen toiminnan ilmenemismuodot olivat vaihtelevia. Niihin kuuluivat muun muassa lahjojen antaminen potilaalle, yhteydenpito muissa kuin työasioissa, sopimattomat kommentit, sopimaton koskettelu ja peseytymisessä avustaminen, halailu, suutelu tai seksi sairaala- tai vankilaympäristössä. Osassa tapauksista epäammatillinen toiminta ilmeni potilaan jo kotiuduttua. Joissakin tapauksissa hoitaja oli tehnyt sopimattomia kotikäyntejä, vienyt potilaan ulos vapaa-aikanaan, tarjonnut potilaalle asuinpaikkaa, asunut potilaan kanssa tai käyttänyt päihteitä potilaan kanssa. (Chiarella & Adrian 2014.)

Evangelistan ja Sims-Giddensin tutkimuksessa päihteisiin liittyvät syyt olivat yleisin valvontatoimien syy sekä nais- että miespuolisilla hoitajilla. Valvontatoimien syyt olivat päihteiden väärinkäyttö, laiton huumeiden tai lääkkeiden väärinkäyttö työn ulkopuolella, aikaisemman valvontaprosessin päätöksen noudattamatta jättäminen, työskentely ilman

voimassa olevaa ammatinharjoittamisoikeutta sekä hoitovirheet. (Evangelista & Sims-Giddens 2008.)

Israelilaistutkimuksessa epäammattillisen toiminnan muodot oli luokiteltu kahteen luokkaan: ammatilliset laiminlyönnit ja rikollinen käyttäytyminen. Ammatillisiin laiminlyönteihin sisältyi lääkehoidon virheitä, taitojen puutteita, diagnostiikan ja raportoinnin virheitä, potilassuhteiden luottamuksellisuuden rikkomuksia sekä viiveet hoidon toteutuksessa ilman selvää syytä. Rikollisen käyttäytymisen tapauksiin sisältyi toimimista ilman todellista oikeutta harjoittaa kyseistä ammattia, tutkintotodistusten väärentämistä, tietojen vääristelyä, moraalitonta ja epäammattillista käyttäytymistä, kuten väkivaltaa potilaita tai henkilöstöä kohtaan, potilaiden tai henkilöstön seksuaalista ahdistelua, rahan varastamista potilailta tai lääkkeiden väärinkäyttöä. (Azuri ym. 2014.)

Hesterin ym. tutkimuksen (2011) mukaan Teksasissa useampia seuraamuksia saaneiden hoitajien epäammattillinen toiminta oli yleisimmin liittynyt ammatilliseen vastuuseen ja potilaiden oikeuksiin. Toiseksi yleisimpänä olivat dokumentointiin ja kolmanneksi yleisimpänä lääkehoitoon liittyvät syyt. (Hester ym. 2011.) Brasilialaistutkimuksessa hoitajista tehtyjen valitusten syyt on luokiteltu sen mukaan, mitä eettistä periaatetta toiminnalla on rikottu. Nämä periaatteet olivat itsemääräämisoikeus (30,1 %), vahingoittamattomuus (27,6 %), hyvän tekeminen (24,7 %) sekä oikeudenmukaisuus (17,6 %). (da Silva ym. 2016.)

#### 2.2.4 Vireille tulo ja seuraamukset

Israelissa aikaa valvontaprosessin vireille tulosta ratkaisuun kului keskimäärin kaksi vuotta (Azuri ym. 2014). Australiassa 29 tapauksesta neljä tuli vireille hoitotyön tekijän itsensä ilmoittamana, 12 potilaan ilmoittamana ja 13 kollegan ilmoittamana (Chiarella & Adrian 2014). Brasiliassa hoitajista tehdyistä valituksista 36 % oli hoitotyön ammattilaisen tekemiä, 21,6 % hoitotyön lautakunnan (Board of Nursing), 18 % muun valtiollisen toimijan, 7,2 % terveystalveluiden käyttäjän, 4,5 % julkisyhteisön ja 4,5 % muun ammattilaisen tekemiä. Yksityiset toimijat tekivät valituksia vähiten. (da Silva ym. 2016.)

Israelissa seuraamukset vaihtelivat vähimmillään kuukauden erottamisesta ammatinharjoittamisoikeuden poistamiseen. Yleisin seuraamus oli erottaminen 3 kuukauden ajaksi. Samanlaisista rikkomuksista eri tapauksissa määräytyt seuraamukset eivät vaikuttaneet johdonmukaisilta. (Azuri ym. 2014.) Evangelistan ja Sims-Giddensin tutkimuksen (2008) mukaan miespuolisten hoitajien saamat seuraamukset olivat ankarampia kuin naisten.

Kenwardin tutkimuksen hoitajista 14 % asetettiin koeajalle. Ammatinharjoittamisoikeus poistettiin määräajaksi 13 %:lta hoitajista, 12 % rangaistiin sakoilla, 10 % nuhdeltiin ja 8 %:lta ammatinharjoittamisoikeus poistettiin kokonaan. (Kenward 2008.)

Chiarellan ja Adrianin tutkimuksen tapauksista (N=29) 14 poistettiin ammattihenkilöiden rekisteristä ja heidän oikeutensa hakea takaisin rekisteriin poistettiin 1–5 vuoden määräajaksi. Rekisteriin jääneistä viidestätoista 14:ta nuhdeltiin, he saivat jatkaa työssään edellyttäen, että he saavat ohjausta ja neuvontaa (n=9) tai suorittavat kurssin hoitotyön etiikasta (n=6). Chiarellan ja Adrianin mukaan näyttää siltä, että seksi potilaan kanssa muodostaa jonkinlaisen, ei yksiselitteisen rajan, jonka ylitettyään hoitaja poistetaan ammattihenkilöiden rekisteristä. (Chiarella & Adrian 2014.)

### 2.2.5 Epäammatillisen toiminnan uusiutuminen

Yhdysvalloissa on tutkittu epäammatillisen toiminnan vuoksi koeajalle asetettujen hoitajien parannuksen tekemiseen ja mahdolliseen epäammatillisen toiminnan uusimiseen vaikuttavia tekijöitä. Aineistona käytettiin kuuden eri osavaltion (Arizona, Maryland, Massachusetts, Minnesota, Nebraska ja Pohjois-Carolina) Board of nursing:ien toimittamia tietoja vuonna 2001 seuraamuksen saaneesta ja koeajalle asetetusta 207 hoitajasta sekä kontrolliryhmänä 491 ei koeajalle asetetusta hoitajasta. Tutkimuksessa löydettiin kolme epäammatillisen toiminnan uusiutumiseen vaikuttavaa tekijää: aikaisempi rikoshistoria, useampi kuin yksi epäammatillisen toiminnan tapaus ennen v. 2001 asetettua koeaikaa sekä työnantajien vaihtuminen koeaikana. Epäammatillisesti toimineista hoitajista 39%:lla epäammatillinen toiminta uusiutui vuosien 2001–2005 välisenä aikana. (Zhong ym. 2009.)

Toisessa yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa aiheena oli kuntoutuksen vaikutus epäammatillisesta toiminnasta johtuvien seuraamusten toistumiseen. Aineiston muodostivat sairaanhoitajat, jotka olivat tammikuun 2004 ja joulukuun 2008 välisenä aikana saaneet useampia seuraamuksia Teksasissa (N=59). Tulosten perusteella kuntoutus näytti vähentävän epäammatillisen toiminnan uusiutumista. (Hester, Green, Thomas & Benton 2011.) Kolmannessa Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa 11 vuoden seurannan aikana alle neljännes (24 %) epäammatilliseen toimintaan syyllistyneistä hoitajista oli saanut seuraamuksia useammasta kuin yhdestä tapauksesta (Kenward 2008).

Ammatillisiin rajoihin liittyvistä syistä Ohiossa seuraamuksia saaneista hoitajista 37 % oli saanut seuraamuksia aikaisemminkin (Jones ym. 2008). Oregonissa vuosina 1996–2008

seuraamuksia saaneista hoitajista 7,6 % oli saanut seuraamuksia aiemmin (Hudson & Droppers 2011). Yhdysvaltalais tutkimuksen mukaan seuraamuksia saaneista hoitajista 60 % oli tullut aikaisemman työnantajansa irtisanomaksi tai heihin oli aikaisemmin kohdistunut toimia esimiehen taholta ammatinharjoittamiseen liittyvien seikkojen vuoksi (Zhong & Thomas 2012).

### 2.3 Valvonta ja ammatinharjoittamisoikeuksiin puuttuminen

Terveydenhuollon valvonnan voidaan katsoa jakautuvan viranomaisvalvontaan ja toimintayksiköiden omavalvontaan. Suomessa terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja toimintayksiköiden toimintaa valvovat Valvira (Valvira 2015a) sekä kuusi aluehallintovirastoa (Aluehallintovirasto 2016). Valviran suorittama valvonta jakautuu suunnitelmalliseen ja jälkikäteiseen valvontaan. Suunnitelmallista valvontaa toteutetaan Valviran ja aluehallintovirastojen yhteisten valvontaohjelmien ja -suunnitelmien puitteissa. Jälkikäteisellä valvonnalla tarkoitetaan Valviralle saapuneiden kanteluiden tai ilmoitusten käsittelyä. (Valvira 2015a.) Terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonta alkaa tavallisesti kantelun tai työntekijästä tehdyn ilmoituksen perusteella (Valvira 2018e). Tässä tutkimuksessa aineistona käytetyt selvitysasiakirjat liittyivät ilmoituksen perusteella alkaneisiin valvontaprosesseihin. Valvira voi käynnistää tutkinnan myös oma-aloitteisesti esimerkiksi julkisuudessa esiintyneiden tietojen perusteella (Valvira 2015a).

Terveydenhuollon ammattihenkilöstä tehdyt kantelut käsitellään tavallisesti aluehallintovirastoissa. Kantelu käsitellään Valvirassa, mikäli hoitovirhe-epäily on johtanut potilaan kuolemaan tai vaikeaan vammautumiseen. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunta käsittelee asian, mikäli terveydenhuollon ammattihenkilöstä tehty kantelu johtaa kurinpitomenettelyyn tai oikeuksien rajoittamiseen tai poistamiseen. (Valvira 2018e.)

Asian selvittämiseksi Valvira kerää saatavilla olevat tarpeelliset tiedot, kuten potilaan hoitoon liittyvät potilasasiakirjat, selvitykset hoitoon osallistuneilta terveydenhuollon ammattihenkilöiltä sekä hoitopaikan toiminnasta vastaavan lääkärin lausunnon. Potilaan kuolemaan johtaneissa tapauksissa Valvira hankkii myös mahdollisen oikeuslääketieteellisen ruumiinavauksen kuolemansyynselvityksen asiakirjat. Valvira arvioi hoidon asianmukaisuutta saamiensa tietojen ja selvitysten perusteella. Potilasasiakirjojen ja jälkikäteen saatujen tietojen ollessa ristiriidassa, pidetään potilasasiakirjoja yleensä luotettavampina. (Valvira 2018.)

Mikäli selvityksissä todetaan terveydenhuollon ammattihenkilön toimineen epäasianmukaisesti tai virheellisesti, voi seuraamuksena olla hallinnollinen ohjaus, joka voi tarkoittaa käsityksen



ilmaisemista, huomion kiinnittämistä tai huomautusta. Muita mahdollisia seuraamuksia ovat kirjallinen varoitus, ammatinharjoittamisoikeuden rajoittaminen (esim. kieltö määrätä tiettyjä lääkkeitä tai edellytys toisen henkilön valvonnasta ammattia harjoitettaessa) tai ammatinharjoittamisoikeuden poistaminen. (Valvira 2015c.) Tässä tutkimuksessa näistä kaikista sekä ulkomaisten tutkimusartikkeleiden sisältämistä vastaavanlaisista toimista käytetään yhteistä nimitystä *seuraamus*.

Valviran mukaan heille tehdyistä kanteluista noin 20–30 prosenttia on johtanut jonkinlaisiin seuraamuksiin. Yleisimpänä seuraamuksena on hallinnollinen ohjaus, eli käsityksen ilmaisu, huomion kiinnittäminen tai huomautus, jonka kohteena on ollut hoitoon osallistunut terveydenhuollon ammattihenkilö, toimintayksikkö tai jostakin osatoiminnosta vastannut henkilö. (Valvira 2016b.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunta toimii Valvirassa. Valvontalautakunta käsittelee ja ratkaisee sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden (muuten kuin näiden omasta hakemuksesta tapahtuvaa) ammatinharjoittamisoikeuden rajoittamista ja menettämistä, ammatinharjoittamisluvan peruuttamista sekä ammattihenkilön ammattinimikkeen käytön kieltämistä koskevat asiat. Valvontalautakunta käsittelee ja ratkaisee myös ammatinharjoittamisoikeuden, ammatinharjoittamisluvan ja ammattinimikkeen käyttöoikeuden takaisinsaamista sekä kurinpitoa koskevat asiat. (Valvira 2016c.)

Sosiaali- ja terveysministeriö kutsuu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunnan jäsenet ja varajäsenet Valviran esityksestä neljäksi vuodeksi kerrallaan. Valvontalautakuntaan kuuluu puheenjohtaja, joka on Valviran virkamies, sekä viisi muuta jäsentä. Jäsenistössä tulee olla edustettuina lääketieteellinen, oikeustieteellinen ja sosiaalihuollon asiantuntemus sekä lisäksi ammattiala, jota kulloinkin käsiteltävä asia koskee. (Valvira 2016c.) Terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunnassa tehtiin vuonna 2015 211 ja vuonna 2016 184 päätöstä (Valvira 2017b).

Omavalvonta on Valviran määritelmän mukaan palvelujen tuottajan omatoimista laadun ja asiakasturvallisuuden varmistamista. Omavalvonnalla tulee varmistaa, että toiminnassa toteutuvat lainsäädännön, lupaehtojen ja palveluntuottajan itse omalle toiminnalleen asettamat laatuvaatimukset. Omavalvonta on toimintayksiköiden laadunhallintaa. (Valvira 2014a.) Toimintayksiköiden omavalvonta on keino potilaiden oikeusturvan sekä hoidon laadun parantamiseksi (Valvira 2014b). Omavalvonnan avulla voidaan seurata ja kehittää

toimintayksiköiden palvelujen laatua (Valvira 2018b). Omavalvontasuunnitelma on kirjallinen dokumentti, johon kirjataan keskeiset toimenpiteet toimintayksiköiden, henkilökunnan toiminnan sekä tuotettavien palveluiden laadun valvomiseksi palveluntuottajien itsensä toimesta (Valvira 2014b). Omavalvontasuunnitelman avulla pyritään tunnistamaan, ehkäisemään ja korjaamaan palveluissa esiintyviä epävarmuus- ja riskitekijöitä. (Valvira 2018b.)

Sosiaali- tai terveydenhuollon toimintayksikön ensisijainen valvontavastuu on työnantajalla. Ensisijaisesti työpaikalla havaittuun terveydenhuollon ammattihenkilön epäasianmukaiseen toimintaan on puututtava työpaikalla työnantajan keinoin (Taulukko 2). Mikäli työnantaja kokee asiakas- tai potilasturvallisuuden vaarantuvan työntekijän toiminnan vuoksi eivätkä työnantajan keinot riitä, voi työnantaja ilmoittaa asiasta Valviralle. (Valvira 2018d.)

Taulukko 2. Työnantajan toiminta työntekijän epäammattillisen toiminnan tilanteissa.

<b>Tilanne</b>	<b>Työnantajan keinot</b>	<b>Valviralle ilmoittaminen</b>
Terveystoiminnan ammattihenkilön työskentelyn havaitaan olevan puutteellista tai epäasianmukaista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koulutukseen osallistumiseen velvoittaminen</li> <li>• Antaa työntekijälle ohjeita tai määräyksiä</li> <li>• Antaa huomautus tai varoitus</li> <li>• Tarvittaessa hoitotoiminta</li> <li>• Työkyvyn selvittäminen, tarvittaessa työtehtävien järjesteleminen ja tiettyihin tehtäviin osallistumisen rajoittaminen</li> <li>• Ääritapauksessa työntekijän työsuhteen irtisanominen tai työ- tai virkasuhteen purkaminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Useimmissa tapauksissa työpaikalla havaitut epäasianmukaisuudet saadaan hoidettua työnantajan toimenpitein, eikä niistä tarvitse ilmoittaa Valviralle.</li> <li>• Tavoitteena yksiköiden suunnitelmallinen omavalvonta -&gt; epäasianmukaisuuksien ehkäiseminen, havaitseminen mahdollisimman ajoissa ja tehokas puuttuminen -&gt; varmistetaan toiminnan laatu sekä asiakas/potilasturvallisuus</li> </ul>
Ammattitoiminnan epäasianmukaisuus vaarantaa asiakas-/potilasturvallisuuden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yllämainitut keinot eivät riitä potilas/asiakasturvallisuuden varmistamiseksi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Työnantaja voi ilmoittaa asiasta Valviralle</li> </ul>

## 2.4 Teoreettisen viitekehyksen yhteenveto

Sairaanhoitajien ammatillinen toiminta perustuu lakiin ja ammattietiikkaan. Kun hoitotyön laatu ei jostakin syystä yllä odotetulle tasolle, voidaan puhua epäammattillisesta toiminnasta (Pugh 2009). Epäammattilliseen toimintaan puuttuminen kuuluu ensisijaisesti työnantajalle. Kun työnantajan keinot eivät riitä, kuuluu asian selvittäminen ja tarvittaviin toimenpiteisiin ryhtyminen Valviralle. (Valvira 2018d.)

Epäammattillisen toiminnan voidaan sanoa olevan ilmiönä harvinainen alalla toimivien hoitajien lukumäärään nähden. Kuten Suomessakin (Valvira 2018c), myös Yhdysvalloissa valvontaprosessien määrä on viime vuosina lisääntynyt (Kenward 2008). Useissa tutkimuksissa miespuolisten hoitajien määrä valvontatilastossa on suhteellisen suuri verrattuna alalla toimivien miesten määrään. Hoitajien ikä näyttäisi jakautuvan melko tasaisesti. Yleisimmin epäammattillinen toiminta näyttäisi tapahtuvan sairaalaympäristössä ja pitkäaikaishoidossa.

Epäammattillisen toiminnan erilaisia ilmenemismuotoja on mitä erilaisimpia. Yleisimpänä näyttäytyvät päihteiden ja lääkkeiden väärinkäyttöön liittyvät syyt. Epäammattillinen toiminta näyttäisi olevan yleisempää heillä, jotka ovat aikaisemminkin siihen syyllistyneet. Epäammattilliseen toimintaan syyllistyneillä näyttäisi myös olevan historiassaan rikostuomioita muita hoitajia useammin.

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata tapauksia, joissa sairaanhoitajien ammatinharjoittamisoikeuteen on epäammatillisen toiminnan seurauksena Valviran toimesta puututtu.

Tutkimuksen tavoitteena on havaintorungon kehittäminen ja testaaminen asiakirja-aineistolla.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Minkälaiset taustatiedot kuvaavat sairaanhoitajia, joiden ammatinharjoittamisoikeuteen on epäammatillisen toiminnan seurauksena puututtu?
2. Minkälaiset epäammatillisen toiminnan muodot ovat johtaneet sairaanhoitajien ammatinharjoittamisoikeuteen puuttumiseen?

## 4 TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUSAINEISTO

Tässä tutkimuksessa tutkitaan dokumenttianalyysin menetelmällä Valviran laatimia ja arkistoimia selvitysasiakirjoja koskien tapauksia, joissa sairaanhoitajien ammatinharjoittamisoikeuksiin on puututtu. Tutkimusaineisto on kvantitatiivinen ja se analysoidaan kuvailevin tilastollisin menetelmin. Tämä tutkimus on tutkimushankkeen pilottivaihe. Tämän vaiheen tarkoituksena oli testata muuttujien laatimista havaintorungolla kerätystä aineistosta.

Pilottitutkimus on *Western Journal of Nursing Science*n määritelmän (Conn 2010) mukaan pienemmän mittakaavan tutkimus, joka on toteutettu edeltäen laajempaa tutkimusta. Morrisin ja Rosenbloomin (2017) mukaan pilottitutkimuksella voidaan osoittaa, että tutkimuksella voidaan saada vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin ennen suuremman tutkimuksen toteuttamista ja sitä pienemmin resurssein. Näin voidaan saada vahvistusta sille, että tutkimusasetelma on realistinen ja tutkimus kannattaa toteuttaa. Pilottitutkimus voi vahvistaa menetelmävalintojen onnistuneisuutta tai tuoda esille niissä piileviä kehittämisen paikkoja. (Morris & Rosenbloom 2017.) Tässä tutkimuksessa pilotointi sisälsi havaintorungon laatimisen ja testaamisen sekä aineiston analyysin tekemisen 68 havaintorungon perusteella.

### 4.1 Tutkimusmenetelmä

Tähän tutkimukseen menetelmäksi valittiin dokumenttianalyysi, koska sairaanhoitajien ammatinharjoittamisoikeuksiin puuttumista koskeva systemaattinen tieto on saatavissa Valviran arkistoimista selvitysasiakirjoista. Tällaista muuhun kuin tutkimuskäyttöön laadittua aineistoa kutsutaan sekundaariaineistoksi (Hirsjärvi 2009a, 186). Dokumenttianalyysillä voidaan kuvata ilmiötä, joka on jo tapahtunut (Anttila 2005, 202). Menetelmässä tavoitteena on analysoida dokumenttiaineistoa järjestelmällisesti ja luoda selkeä kuvaus tutkittavasta asiasta. Menetelmän etuna on, että siinä tutkittava ilmiö näyttäytyy sellaisena kuin se on luonnollisessa ympäristössään. (Ojasalo ym. 2014, 136.) Dokumenttianalyysi on systemaattinen menetelmä painetun tai sähköisen aineiston tutkimukseen. Sen käyttö tutkimusmenetelmänä voi perustua esimerkiksi siihen, ettei tietoa tutkittavasta ilmiöstä ole muualta saatavissa. (Bowen 2009.) Toisaalta on myös tärkeää, että jo taltioitu aineisto tulee käytetyksi tutkimuskäyttöön eikä jää tutkimatta. Käyttämällä valmista aineistoa myös säästetään resursseja aineiston keruulta, joka saattaa olla turhaa, mikäli aineisto on jo olemassa valmiiksi taltioituna. (Olsen 2011.)

## 4.2 Aineiston kerääminen ja analysointi

### 4.2.1 Havaintorungon kehittäminen

Aineiston keräämistä varten laadittiin aikaisempien tutkimusten perusteella havaintorunko (Liite 3), johon poimittiin tarvittavat tiedot dokumenteista. Havaintorunko laadittiin tutkimusryhmän yhteistyönä tätä tarkoitusta varten. Alustavan havaintorungon laatiminen edelsi tutkimusluvan hakemista ja aineistonkeruun alkamista (Taulukko 3). Havaintorunkoon koottiin muuttujia aikaisempien tutkimusten perusteella. Lisäksi muuttujien muokkausta ohjasivat havaintorunkoa hyödyntävien tutkimusten tutkimuskysymykset.

Taulukko 3. Havaintorungon kehittämisen vaiheet.

<b>Vaihe</b>	<b>Tarkoitus</b>	<b>Sisältö</b>
Vaihe I	Havaintorungon luonnos	Havaintorungon luonnoksen laatiminen aikaisempien tutkimusten perusteella -> 64 muuttujaa, 7 sivua
Vaihe II	Havaintorungon ensimmäinen esitestaus	4 päätöstä käsitellyssä. Aineistoon perehtyminen, havaintorungon muokkaus ja tiivistys -> 36 muuttujaa, 2 sivua
Vaihe III	Havaintorungon toinen esitestaus	23 päätöstä käsiteltyinä. Havaintorungon muokkaus ja täydentäminen -> 36 muuttujaa
Vaihe IV	Havaintorungon kolmas esitestaus	46 päätöstä käsiteltyinä. Havaintorungon muokkaaminen lopulliseen muotoonsa -> 36 muuttujaa
Vaihe V	Lopullinen havaintorunko	-> aineistonkeruu valmista havaintorunkoa käyttäen.

Aineistonkeruun alkuvaiheessa havaintorunkoa muokattiin vielä vastaamaan paremmin tutkimuksen tarpeita ja käytettävissä olevaa materiaalia (Taulukko 3). Aineistonkeruun aluksi havaintorunkoa esiteltiin neljän päätöksen käsittelyn perusteella. Tässä vaiheessa havaintorunkoa muokattiin vastaamaan paremmin aineiston tuomia mahdollisuuksia. Havaintorunkoa tiivistettiin, joitakin muuttujia yhdisteltiin ja muutamia myös jätettiin

kokonaan pois. Syitä muuttujien poistamiselle olivat anonymiteetin vaarantuminen tai mahdollisuus laskea muuttujan arvo myöhemmin muiden kerättyjen arvojen perusteella. Muuttujia poistettiin myös siksi, ettei niihin löydetä vastauksia dokumenteista tai ne eivät lopulta kuitenkaan vastanneet riittävästi tutkijoiden tutkimuskysymyksiä. Ensimmäisen esitestauksen myötä havaintorungon muuttujat vähenivät 64:stä 36:een. Tämän jälkeen aineistonkeruuta jatkettiin sen hetkellä havaintorungon versiolla. Kun tiedot oli kerätty 23 päätöksestä, tehtiin toinen esitestaus. Havaintorunkoa täydennettiin edelleen vastaamaan paremmin selvitysasiakirjojen sisältöä sekä tutkimuksen tarpeita. Kolmannen esitestauksen yhteydessä havaintorunko kehitettiin lopulliseen muotoonsa.

Kehitettäessä uutta mittaria on tärkeää testata mittarin toimivuutta pilotoimalla (Metsämuuronen 2002). Tämä tutkimus on tutkimushankkeen pilottivaihe. Tässä tutkimuksessa hyödynnettäviä havaintorungon muuttujia olivat tiedot ammatinharjoittamisoikeuteen puuttumisen syystä, sairaanhoitajien iästä, sukupuolesta, etnisestä taustasta, koulutustaustasta, valmistumisvuodesta, työtehtävästä, työskentelysektorista sekä erikoisalasta. Lisäksi aineistoon poimittiin selvitysasiakirjoista löytyvät tiedot sairaanhoitajien mahdollisista rikoshistoriasta, aiemmista valvontaprosesseista sekä työsuhteen kestosta nykyisessä työpaikassa.

#### 4.2.2 Aineiston kerääminen

Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin Valviran arkistoimista selvitysasiakirjoista koskien sairaanhoitajia, joiden ammatinharjoittamisoikeutta on heidän toimintansa seurauksena Valviran päätöksellä rajattu tai se on poistettu. Aineistoon kuuluivat Valviran tapauksista laatimat päätökset sekä niiden tueksi kerätyt selvitykset. Kyseistä aineistoa ei ole aiemmin tutkittu. Aineistoon kuuluivat kaikki sairaanhoitajia koskevat tapaukset, joista oli tehty päätös vuonna 2014 tai 2015 ja joiden havaintorunko oli kirjattu näille vuosille.

Kutakin päätöstä kohti oli oma kansionsa, joka sisälsi Valviran tapauksesta tekemät selvitykset ja päätöksen. Kansioissa oli sivuja kymmenistä useisiin satoihin. Kansiot sisälsivät Valviran asiasta tekemän ratkaisun eli päätöksen, mahdollisen asiakirjat tai puhelinmuistion ilmoituksesta, jolla asia on tullut Valviraan vireille, hoitoon osallistuneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden selvitykset sekä hoitopaikan toiminnasta vastaavan lääkärin lausunnot, mahdollisesti tapaukseen liittyviä potilasasiakirjoja asianomaisen hoitamia potilaita koskien, mahdollisesti asianomaista hoitaneilta tahoilta pyydettyjä potilasasiakirjoja, reseptilääkkeiden

toimitustietoja apteekkeista, asianomaisen sairaanhoitajan työeläkeotteen sekä asianomaisen sairaanhoitajan itse toimittaman selvityksen ja selityksen.

Valviran henkilökunta toimitti päätökset arkistosta satunnaisessa järjestyksessä tutkijoiden katsottavaksi. Papereiden järjestys tuli säilyttää samana eikä papereihin ollut sallittua tehdä merkintöjä. Papereita ei myöskään ollut sallittua kopioida tai skannata. Tiedot kerättiin selvitysasiakirjoista ja kirjattiin havaintorunkoihin. Havaintorungot numeroitiin käsittelyjärjestyksen, -päivän ja päätöksentekovuoden mukaan. Havaintorunkoja säilytettiin salatuilla muistitikuilla.

Samasta tapauksesta saattoi olla useampi päätös. Yksi ilmoitus ja vireille tulo oli saattanut johtaa useampaan päätökseen, esimerkiksi määräaikaiseen ja toistaiseksi voimassa olevaan päätökseen. Samaa henkilöä koskevia tapauksia eli valvontaprosesseja saattoi myös olla useita. Samaa tapausta koskevista päätöksistä kerättiin tiedot samaan havaintorunkoon. Samaa henkilöä koskevia erillisiä valvontaprosesseja ei pystytty yhdistämään, vaan ne jäivät aineistoon erillisinä tapauksina. Sama henkilö voi siis esiintyä aineistossa useampaan kertaan.

Havaintorunko numeroitiin ensimmäisenä käsittelyyn saadun sitä koskevan päätöksen vuoden perusteella. Määrällisessä tutkimuksessa otanta valitaan satunnaisesti, jotta tulokset olisivat yleistettävissä (Miller & Alvarado 2005). Tässä tutkimuksessa aineistoon valittiin kaikki ne tapaukset, joiden havaintorunko on numeroitu vuosille 2014 tai 2015. Näihin havaintorunkoihin voi siis sisältyä tietoja myös muina vuosina tehdyistä samoja valvontaprosesseja koskevista päätöksistä. Toisaalta otannasta on myös voinut jäädä pois vuosina 2014 ja 2015 tehtyjä päätöksiä, joista on ensin saatu käsittelyyn muuna vuonna tehty samaa valvontaprosessia koskeva päätös.

Otantaan sisältyivät tapaukset, joissa sairaanhoitajan ammatinharjoittamisoikeutta oli rajoitettu, se oli poistettu tai henkilöä oli kielletty harjoittamasta sairaanhoitajan ammattia. Otantaan sisältyivät myös tapaukset, joissa sairaanhoitaja oli saanut kirjallisen varoituksen. Aineiston päätöksiin voi myös sisältyä lievempiä seuraamuksia ammatinharjoittamisoikeuteen puuttumisen lisäksi, mitä ei tässä tutkimuksessa analysoida.

#### 4.2.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Tässä tutkimuksena menetelmänä käytettiin dokumenttianalyysiä. Dokumenttianalyysin analysointitapaa, jossa tekstin sisältöä kuvataan määrällisesti, esimerkiksi numeroin, kutsutaan



sisällön erittelyksi. (Ojasalo ym. 2014, 137.) Tässä tutkimuksessa aineisto on määrällinen ja se analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin käyttäen SPSS 24 for Windows -ohjelmaa.

Jotta valmis aineisto soveltuisi tutkimuskäyttöön, voi olla tarpeen muokata aineistoa numeeriseen muotoon (Hirsjärvi 2009a, 186). Aineistosta muodostetaan muuttujia ja aineisto koodataan laaditun muuttujaluokituksen mukaan. Jokaiselle havaintoyksikölle annetaan jokin arvo jokaisella muuttujalla. (Hirsjärvi 2009b, 222.) Aineiston muuttujista kolme (ikä, aika sairaanhoitajaksi valmistumisesta ilmoitukseen Valviralle sekä työsuhteen kesto ennen ilmoitusta) oli valmiiksi numeerisessa muodossa. Muut yhdeksän muuttujaa (sukupuoli, etninen tausta, työtehtävä, työskentelysektori, toimiala, rikoshistoria, aikaisemmat valvontaprosessit, väärinkäytöksen tyyppi ja päihteidenkäyttö) olivat sanallisessa muodossa ja niille annettiin numeeriset arvot siirrettäessä aineistoa ohjelmaan. Tässä tutkimuksessa tarvittavat tiedot siirrettiin SPSS 24 for Windows -ohjelmaan muuttujien numeerisina arvoina. Analyysiä varten aineistosta tarkasteltiin muuttujien arvojen vaihteluvälejä, moodeja, mediaaneja ja keskiarvoja. Numeerisessa muodossa olleet muuttujat luokiteltiin, minkä jälkeen tarkasteltiin muuttujien eri arvojen frekvenssejä aineistossa.

#### 4.3 Eettisyys

Tämän tutkimuksen kannalta oleelliset tutkimuseettiset seikat olivat dokumenttiaineiston käyttö ja siinä esiintyvien henkilöiden anonymiteetin turvaaminen. Tämä tutkimus on osa Itä-Suomen yliopiston hanketta, jolle on saatu tutkimuslupa Valviralta. Tämä tutkimus sisältyy hankkeen tutkimuslupaan. Tutkimushankkeessa on sitouduttu noudattamaan yleisiä hyvän tieteellisen käytännön periaatteita (TENK 2012).

Yhtenä olennaisena tutkimuseetiikan kysymyksenä on pidetty tutkittavien informointia (Milton 2017). Tämän tutkielman dokumenttiaineisto sisälsi tietoja sairaanhoitajista, joiden ammatinharjoittamisoikeuksiin on puututtu. Näitä sairaanhoitajia ei ole informoitu dokumenttiaineiston käytöstä eikä heidän suostumustaan siihen ole kysytty. Valvira on arkistoinut päätökset ja niihin liittyvät selvitysasiakirjat valvontaprosessien aikana. Lupa tietojen tutkimuskäyttöön on saatu Valviralta. Informoinnin mahdollisuuden puuttuminen on asia, joka on täytynyt huomioida yhtenä eettisenä seikkana tutkimusprosessissa.

Tämän tutkielman tutkimusaihe on hyvin sensitiivinen, joten dokumenttiaineistossa esiintyvien henkilöiden anonymiteetistä huolehtiminen on erityisen tärkeää. Kuulan (2011) mukaan aineiston käsittelyssä ja julkistettavissa tuloksissa on huolehdittava niiden henkilöiden

tietosuojasta, joita koskevia tietoja aineistoon sisältyy. Kvantitatiivisen aineiston anonymisoinnin onnistumiseksi tulee aineistoa tarkastella kokonaisuutena. Joskus yksittäinenkin taustamuuttuja voi johtaa siihen, että ainakin kyseisen henkilön lähipiiri pystyy tunnistamaan henkilön aineistosta. Muuttujia, joiden perusteella aineistosta voisi tunnistaa henkilöitä, tulee esimerkiksi luokitella tai poistaa aineistosta raportoinnin yhteydessä. (Kuula 2011). Tämän tutkimuksen aineisto ei mahdollista vertailua maantieteellisesti. Minkäänlaisia tietoja sairaanhoitajien asuin- tai työskentelypaikkojen sijainneista ei anonymiteetin suojaamisen vuoksi kerätty.

Päätöksiä säilytetään Valviran suljetussa arkistossa. Aineistonkeruu tuli tehdä Valviran tiloissa, sillä Valviran asiakirjoja oli lupa käsitellä ainoastaan siellä. Havaintorunkoja säilytettiin suojaetuilla muistitikuilla Valviran kanssa tehdyn salassapitosopimuksen mukaisesti. Havaintorunkoja ei missään tutkimuksen vaiheessa ole päässyt näkemään muut kuin tutkijat. Havaintorunkoja ei myöskään saatu esimerkiksi lähettää sähköpostitse. Näin pyrittiin takaamaan tietojen salassa pysyminen.

#### 4.4 Luotettavuus

Tämän tutkimuksen luotettavuuden kannalta oleellisimpia tekijöitä ovat dokumenttiaineiston käyttö tutkimusaineistona ja sen asettamat haasteet sekä havaintorungon laatiminen ja käyttäminen aineiston keräämisessä.

Dokumenttianalyysin aineisto on muodostettu tutkijan siihen vaikuttamatta. Monissa muissa tutkimusmenetelmissä tutkijan läsnäolo saattaa vaikuttaa tutkimusaineistoon. Dokumenttianalyysin etuna on, että aineisto säilyy muuttumattomana tutkimusprosessissa. Menetelmää käytettäessä tulee muistaa kriittisyys aineistoa kohtaan. Dokumenttiaineistossa ei välttämättä kerrota tapahtumista kaiken kattavasti tai absoluuttista totuutta. (Bowen 2009.) Dokumenttianalyysin heikkoudeksi voidaan katsoa, että aineisto on koottu aikaisemmin ja muuhun tarkoitukseen kuin tutkimuskäyttöön. Muutosten tekeminen aineistoon ei yleensä ole mahdollista. (Anttila 2005, 204.) Koska tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin Valviran arkistoinnista selvitysasiakirjoista, ei minkäänlaisten lisätietojen saaminen asianomaisilta henkilöiltä ollut mahdollista. Käytettävissä olivat ainoastaan asiakirjoista löytyvät tiedot.

Tämän tutkimuksen menetelmässä on samoja piirteitä kuin rekisteritutkimuksessa. Eräs rekisteritutkimuksen eduista on, ettei aineistossa tapahdu valikoitumista (Olsen 2011).

Havaintorungon laatimisvaiheen haasteena oli, ettei tutkimusaineistona käytettävistä dokumenteista ollut tarkempaa sisällöllistä kuvausta, eikä siksi ollut tarkkaa tietoa arkistodokumenttien sisällöstä ja siitä, minkälaista tietoa niistä on mahdollista saada. Havaintorungon laatiminen olisi luultavasti ollut sujuvampaa ja olisi mahdollisesti saattanut parantaa havaintorungon laatuakin, mikäli tutkittavaan aineistoon olisi ollut mahdollista tutustua jo ennen havaintorungon laatimista. Tämä kuitenkin varmistettiin esitestaamalla havaintorunkoa aineistonkeruun alkuvaiheessa.

Joistakin tapauksista löytyi Valviran selvitysasiakirjoista vain vähän tietoja. Näin saattoi olla esimerkiksi sellaisessa tapauksessa, jossa samaa sairaanhoitajaa koskien oli aikaisemmin ollut erillinen valvontaprosessi, jonka kansiota ei tämän tutkimuksen tarkoituksiin käytetty (esimerkiksi aiempi päätös vuodelta, joka ei sisältynyt tämän tutkimuksen otantaan tai aikaisempi valvontaprosessi ei ole johtanut ammatinharjoittamisoikeuteen puuttumiseen). Tällaisissa tapauksissa Valvira oli kerännyt ja arkistoinut kyseistä sairaanhoitajaa koskevia selvityksiä jo aiemmin erilliseen kansioon, eikä tämän tutkimuksen aineistonkeruun yhteydessä päästy käsiksi kuin viittauksiin näihin asiakirjoihin.

Koko aineistonkeruun ajan tutkimusryhmän jäsenten välillä käytiin keskustelua siitä, mihin muotoon tietoja kirjataan ja miten tarkasti. Näin pyrittiin varmistamaan havaintorunkoihin tehtävien kirjausten yhdenmukaisuus, ettei mitään oleellista jää kirjaamatta ja että kirjatuista tiedoista löytyy vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Aineistonkeruun luotettavuutta pyrittiin lisäämään tekemällä havaintorunkojen kirjausten kaksoistarkastus tutkimusryhmässä ennen selvitysasiakirjojen palauttamista arkistoon. Näin varmistettiin, että tiedot tapauksista on kirjattu yhdenmukaisesti ja ymmärrettävällä tavalla.

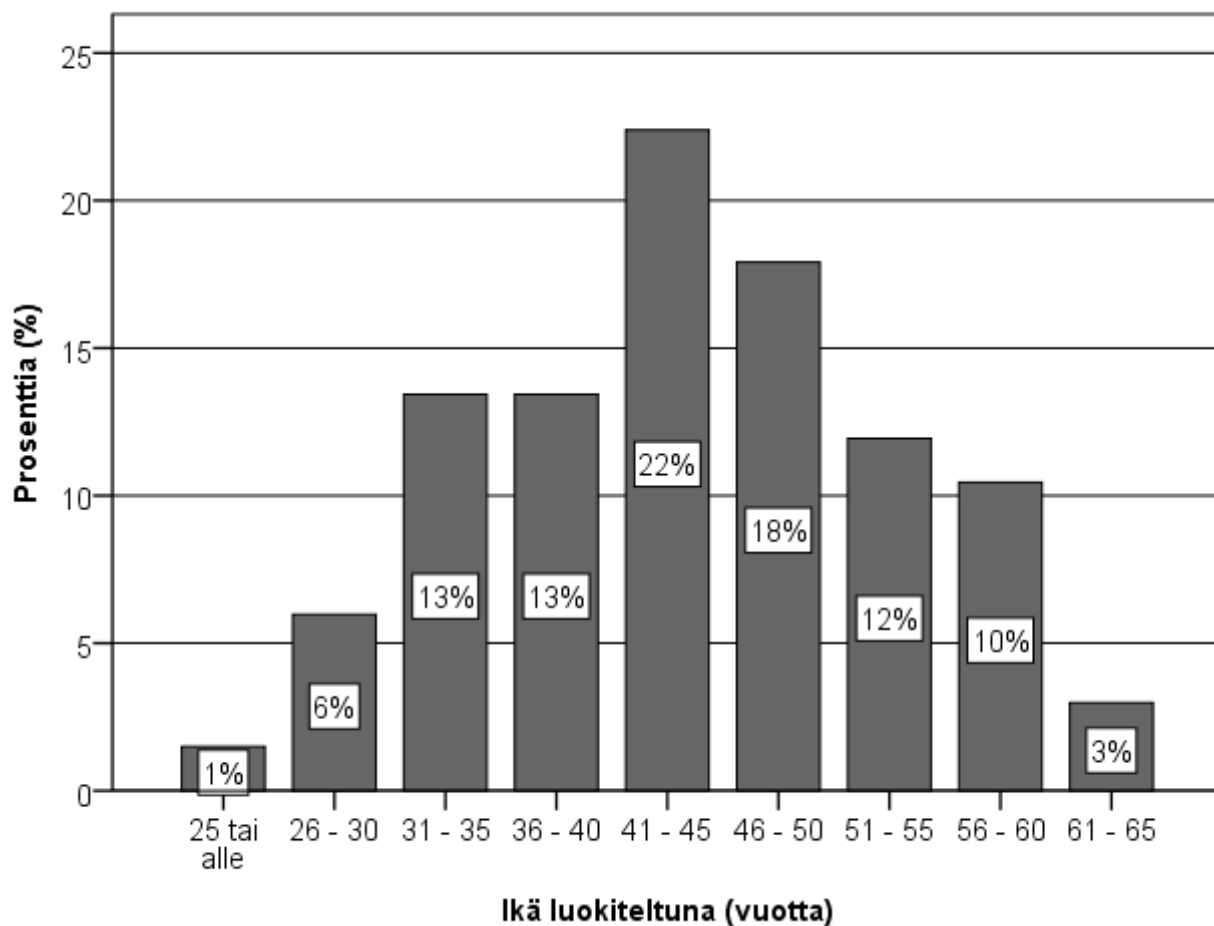
Samaa henkilöä koskevia valvontaprosesseja voi siis olla aineistossa useampia. Tämä saattaa osaltaan sekoittaa tutkimuksen tuloksia ainakin taustamuuttujien osalta. Tässä tutkimuksessa aineiston koko oli kuitenkin pieni, joten tällaisia tapauksia tuskin on aineistossa montaa, jos yhtään.

## 5 TULOKSET

Aineiston muodostivat havaintorungot 68 tapauksesta, joista oli päätös vuodelta 2014 tai 2015 ja joista oli kirjattu havaintorunko näille vuosille. Vuodelle 2014 kirjattuja havaintorunkoja oli 29 ja vuodelle 2015 39.

### 5.1 Sairaanhoidajia kuvaavat taustatiedot

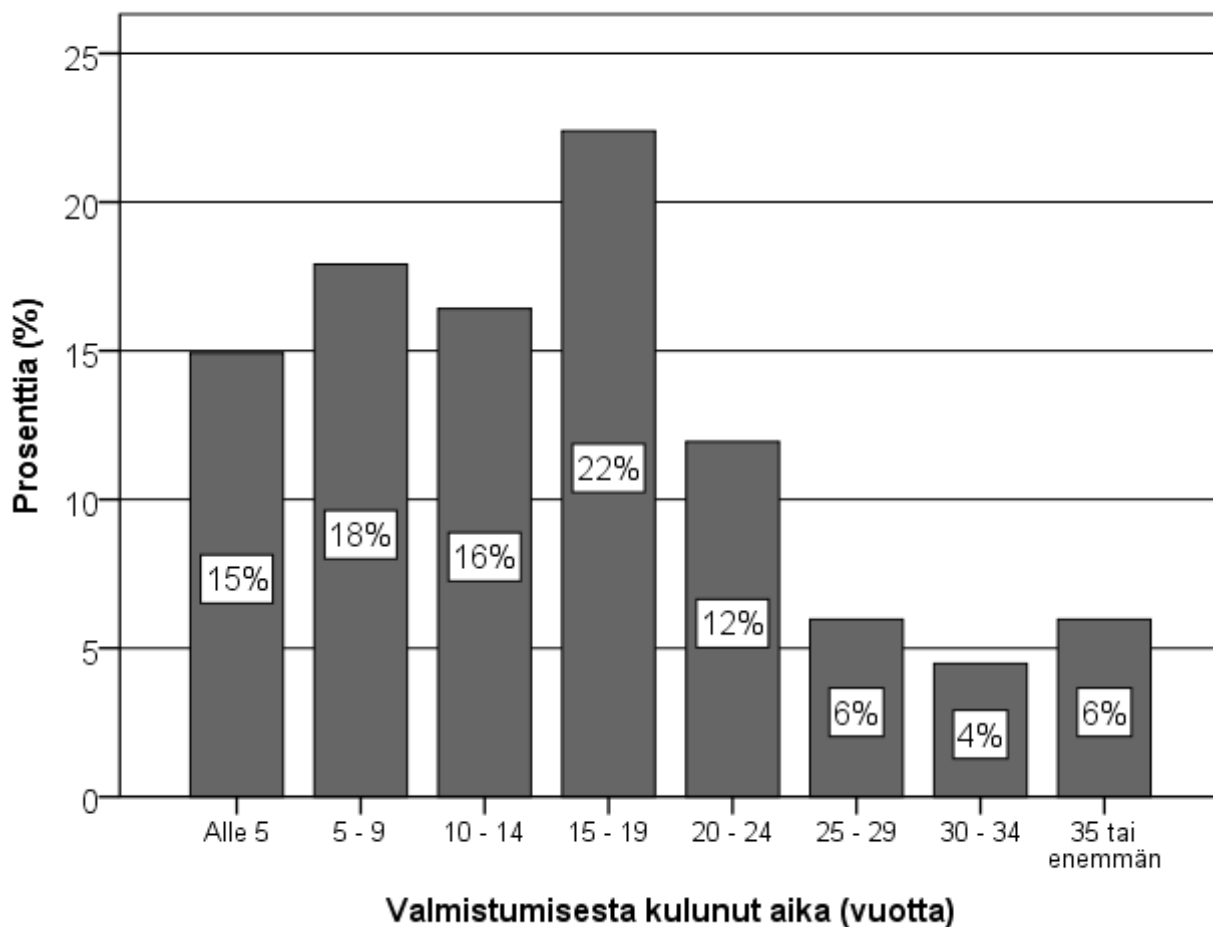
Sairaanhoidajien ikä vaihteli 25 ja 61 vuoden välillä (Kuvio 1). Sairaanhoidajista 40 prosenttia oli iältään 41–50-vuotiaita. Enintään 40-vuotiaita oli kolmasosa (34 %) ja vähintään 51-vuotiaita neljäsosa (25 %) sairaanhoidajista. Iän keskiarvo oli 44 vuotta ja mediaani myöskin 44 vuotta. Sairaanhoidajista 78 prosenttia oli naisia ja 22 prosenttia miehiä.



Kuvio 1. Sairaanhoidajien ikä luokiteltuna (n=67).

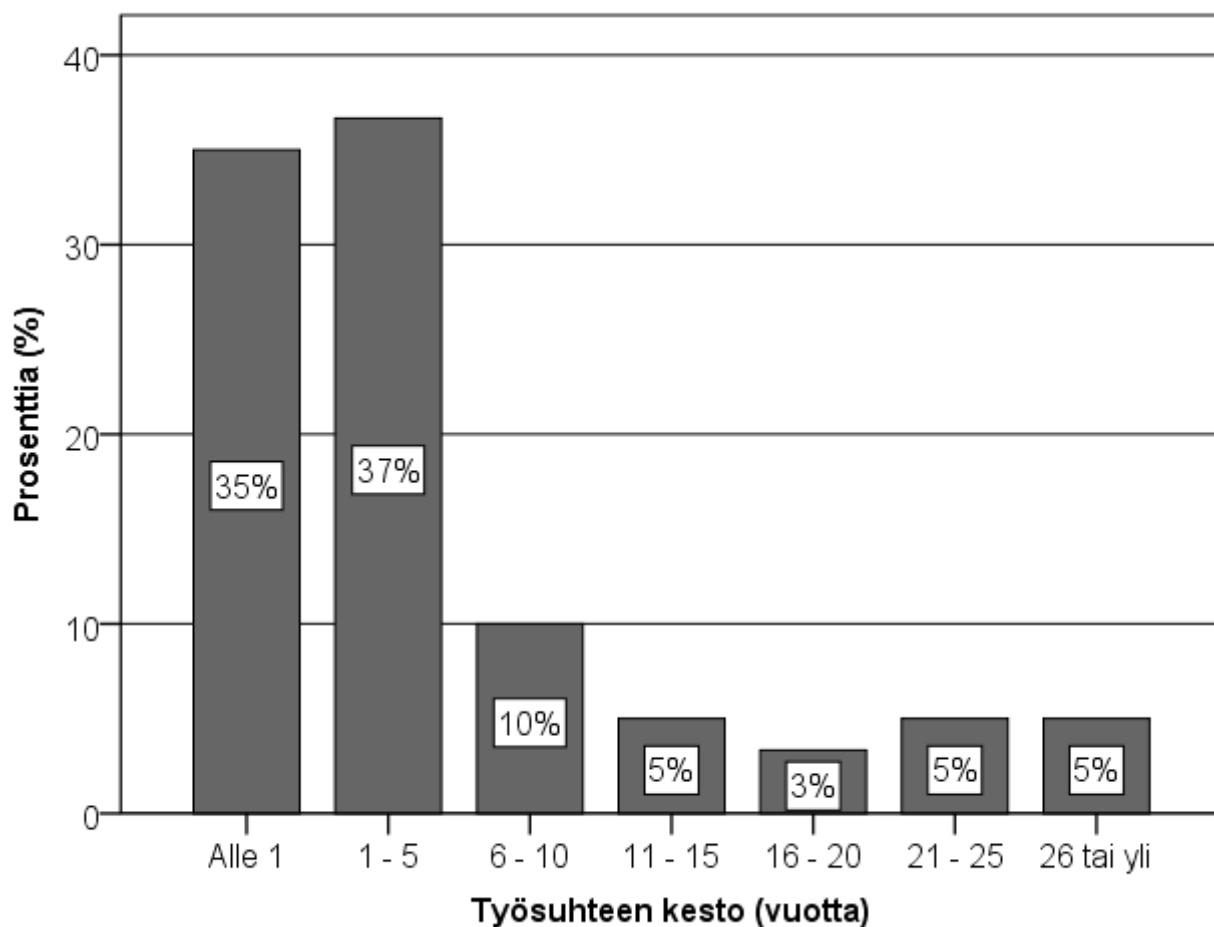
Sairaanhoitajista (n=68) kahdella kolmesta (45 sairaanhoitajalla, 66 %) sairaanhoitajan tutkinto oli ainoa terveydenhuoltoalan tutkinto. Lisäksi yhdellä oli terveydenhoitajan ja yhdellä kättilön tutkinto ainoana terveydenhuoltoalan tutkintona. Kuudella sairaanhoitajalla oli sairaanhoitajan tutkinnon lisäksi terveydenhoitajan tai kättilön tutkinto, joista yhdellä oli nämä molemmat. Sairaanhoitajista 23,5 prosentilla oli aikaisempi toisen tai kouluasteen tutkinto terveydenhuoltoalalta sairaanhoitajan tutkintoa edeltävästi. Näihin kuuluivat lähihoitajan, perushoitajan, apuhoitajan ja lääkintävahtimestari-sairaankuljettajan tutkinnot.

Aikaa valmistumisesta ensimmäiseen terveysalan AMK- tai opistotason tutkintoon (sairaanhoitaja, kättilö tai terveydenhoitaja) ilmoituksen tekohetkeen oli sairaanhoitajilla (n=67) kulunut 8 kuukaudesta 39 vuoteen (Kuvio 2). Valmistumisesta ilmoitukseen kuluneen ajan keskiarvo oli 15 vuotta ja mediaani myöskin 15 vuotta. Noin neljänneksellä sairaanhoitajista valmistumisesta oli kulunut yli 20 vuotta.



Kuvio 2. Sairaanhoitajien valmistumisesta Valviran vastaanottamaan ilmoitukseen kulunut aika (n=67).

Sairaanhoitajien työsuhteen kesto ennen vireillepanoa vaihteli välittömästä vireille tulosta, jossa ilmoitus on tehty heti työsuhteen alkamisajankohtana, 36 vuoteen (Kuvio 3). Työsuhteen keston keskiarvo oli 5,9 vuotta ja mediaani 2 vuotta. Yli 80 %:lla työsuhde oli kestänyt alle 10 vuotta, yli kolmasosalla alle vuoden (tai ei yhtään).



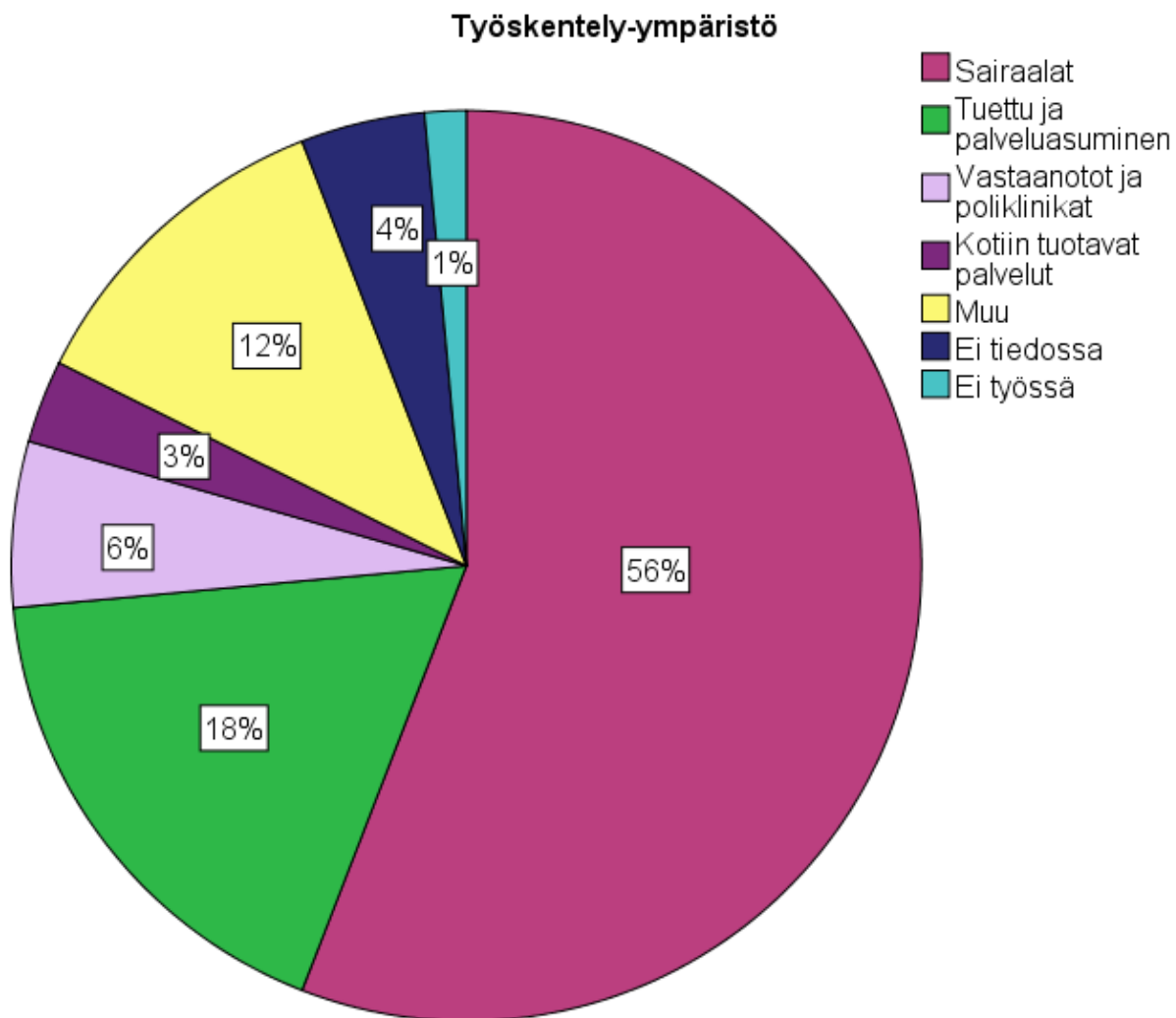
Kuvio 3. Sairaanhoitajien työsuhteen kesto ennen ilmoitusta (n=59).

Rikostuomioita oli selvitysasiakirjojen mukaan 15 prosentilla hoitajista. Muilla 85 prosentilla rikostuomioista ei ainakaan ollut mainintaa selvitysasiakirjoissa.

Aikaisempia valvontaprosesseja oli kokenut 16 prosenttia sairaanhoitajista, muilla 84 prosentilla tutkittaviin selvitysasiakirjoihin liittyvän valvontaprosessin ollessa heille ensimmäinen.

Sairaanhoitajista (n=68) enemmistö, 59 (87 %), työskenteli sairaanhoitajan tehtävissä ja seitsemän (10 %) työskenteli apulaisosastonhoitajana tai tiimivastaavana. Osastonhoitajia tai ylihoitajia ei aineistossa ollut. Yhden sairaanhoitajan (1,5 %) työtehtävä ei ole tiedossa ja yksi (1,5 %) ei ollut työssä valvontaprosessin aikana. Julkisella sektorilla työskenteli lähes kolme neljästä (73,5 %) ja yksityisellä sektorilla vajaa neljäsosa (23,5 %) sairaanhoitajista (n=68). Kolmen prosentin työskentelysektori ei ole tiedossa tai he eivät ole olleet työssä valvontaprosessin aikana.

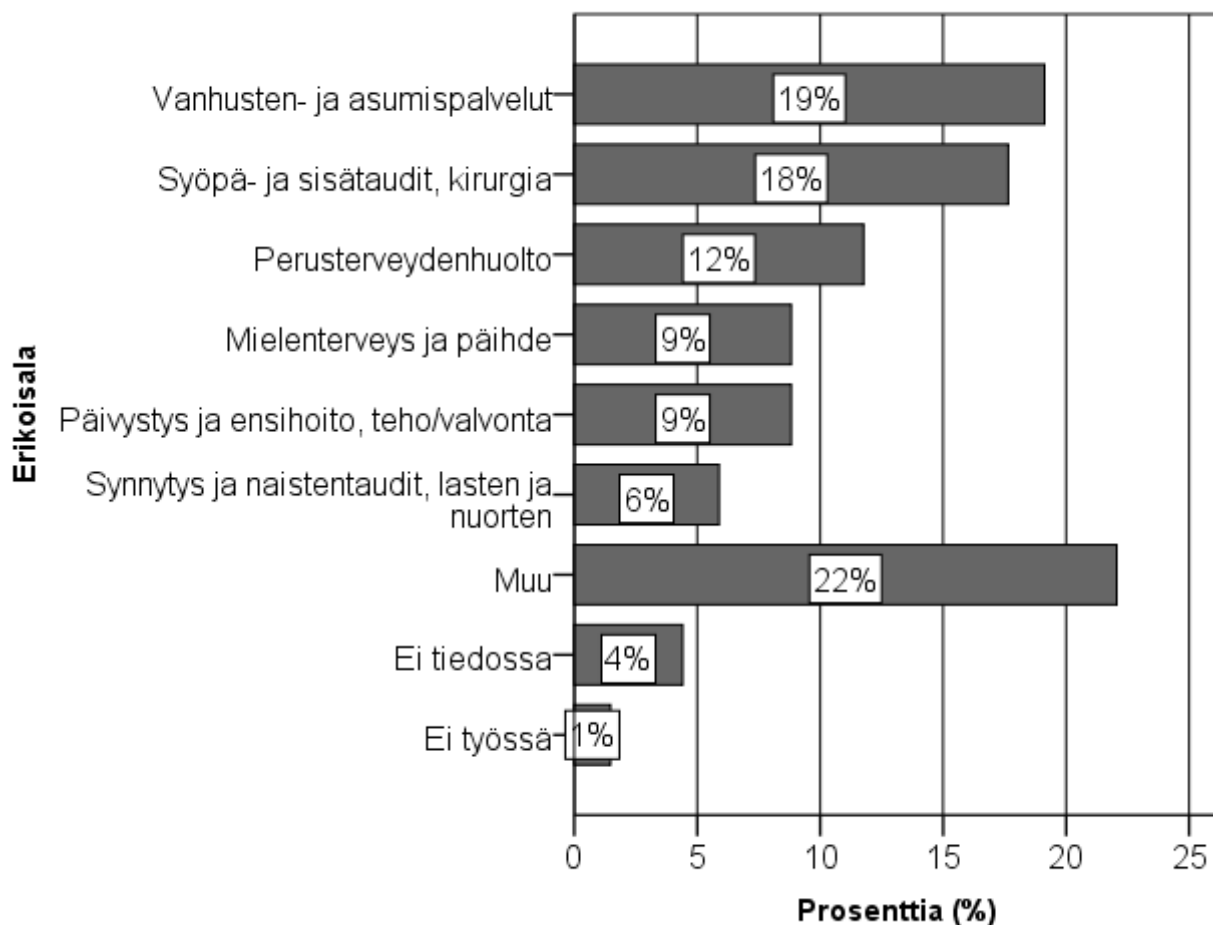
Kuviossa 4 näkyy sairaanhoitajien erilaisten työskentely-ympäristöjen jakautuminen. Sairaanhoitajista (n=68) enemmistö, 56 %, työskenteli sairaaloissa. Toiseksi eniten sairaanhoitajia työskenteli tuetun ja palveluasumisen yksiköissä (18 %). Poliklinikka- tai vastaanottomuotoisessa työssä oli 6 % ja kotiin vietävien palvelujen parissa 3 %. Sairaanhoitajista 12 % työskenteli muunlaisessa ympäristössä tai työskentely-ympäristö ei käynyt työpaikan tiedoista ilmi. Näihin kuuluivat kehitysvammaisten palvelut, perusterveydenhuolto (2 sairaanhoitajaa), vanhusten palvelukeskus, sosiaali- ja terveysala, psykiatria/päihdehuolto, päihdekuntoutus ja hoiva-ala/mielenterveys. Kolmen (4 %) työskentely-ympäristö ei käynyt lainkaan ilmi selvitysasiakirjojen tiedoista ja yksi (1 %) ei ollut työelämässä valvontaprosessin aikana.



Kuvio 4. Sairaanhoitajien työskentely-ympäristöt (n=68).

Sairaanhoitajien (n=68) edustamia erikoisaloja oli lukuisia (Kuvio 5). Eniten, 19 % sairaanhoitajista, työskenteli vanhusten- ja asumispalveluiden ja toiseksi eniten, 15 prosenttia, syöpätautiin, sisätautiin ja kirurgian parissa (Kuvio 4). Perusterveydenhuollossa työskenteli 12 prosenttia, mielenterveys- ja päihdepalveluissa 9 % sekä päivystyksen, ensihoidon, tehohoidon ja valvonnan erikoisaloilla 9 % sairaanhoitajista. Kuuden prosentin erikoisalana olivat synnytykset ja naistentaudit sekä lasten ja nuorten hoitotyö. Reilun viidenneksen (22 %) työskentelyala ei kuulunut mihinkään näistä erikoisaloista tai siitä ei tietojen puutteellisuuden vuoksi ollut varmuutta. Nämä sairaanhoitajat työskentelivät kehitysvammaisten palveluissa, sairaalassa, sosiaalialalla, kuntoutuksessa sekä kotisairaalassa. Kolmen työpaikasta ei ollut lainkaan tietoa ja yksi ei ollut työelämässä valvontaprosessin aikana.





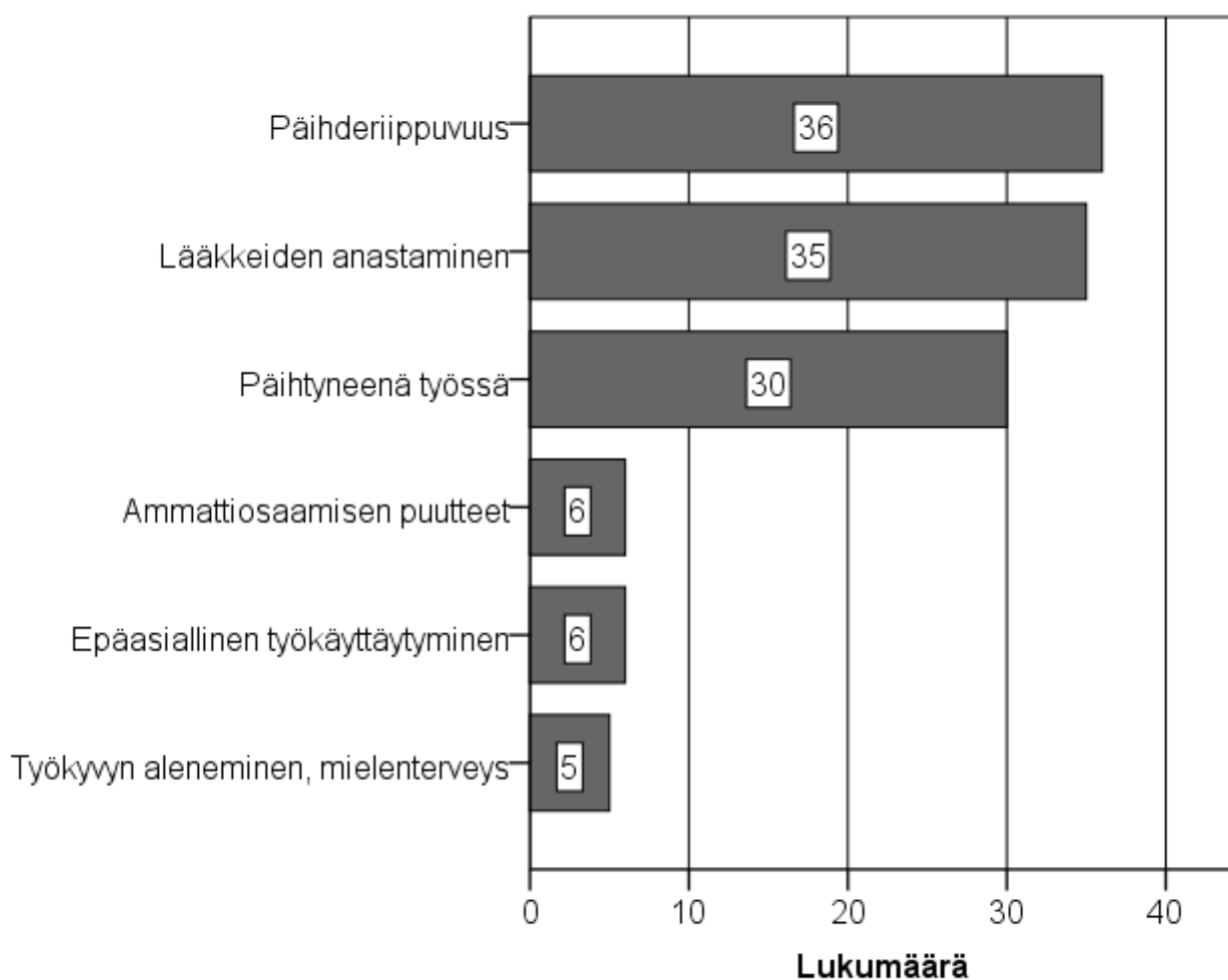
Kuvio 5. Erikoisalat, joilla sairaanhoitajat (n=68) työskentelivät.

## 5.2 Epäammatillisen toiminnan muodot

Näissä 68 tapauksessa valvontaprosessien aloitusten ja ratkaisujen taustalta löytyi yhteensä 129 syytä eli epäammatillisen toiminnan muotoa. Erilaisia epäammatillisen toiminnan muotoja löytyi luokittelun jälkeen 14. Yleisimmin epäammatillinen toiminta liittyi sairaanhoitajan päihderiippuvuuteen (53 % tapauksista), lääkkeiden anastamiseen työnantajalta tai asiakkaalta (51 %) tai päihtyneenä työskentelyyn tai työvuoroon saapumiseen (44 %) (Kuvio 6). Saman prosessin taustalla oli useissa tapauksissa useita erilaisia syitä samanaikaisesti. Päihteet liittyivät tapauksista 82 prosenttiin. Näihin laskettiin tapaukset, joissa sairaanhoitaja on ollut päihtyneenä työssä, anastanut lääkkeitä tai valvontaprosessin syynä oli päihderiippuvuus tai epäily päihderiippuvuudesta.

Muita epäammatillisen toiminnan muotoja olivat epäasiallinen työkäyttäytyminen (ei yhdessäkään tapauksessa ainoana) (9 %), ammattiosaamisen puutteet (9 %), työkyvyn

aleneminen mielenterveydellisistä syistä (7 %) tai muistisairaudesta vuoksi (3 %), potilasasiakirjojen väärentäminen (lääkkeiden anastamiseen liittyen) (3 %), Valviran asettaman ilmoitusvelvollisuuden laiminlyönti (3 %), työtehtävien laiminlyönti (1 %), Valviran asettaman ammatinharjoittamisoikeuden rajoituksen laiminlyönti (1 %), esiintyminen päihtyneenä työnantajan tiloissa (1 %), syyllistyminen seksuaalirikokseen työssä (1 %) sekä muiden palkkaaminen työkeikoille omalla nimellään (1 %).



Kuvio 6. Epäammattillisen toiminnan muotoja.

## 6 POHDINTA

Tämän tutkimuksen keskeiset tulokset ovat seuraavat:

1. Epäammattillisesti toimineita sairaanhoitajia oli kaiken ikäisiä, eniten 41—50-vuotiaita (40 %). Epäammattillisesti toimineista sairaanhoitajista miehiä oli 22 prosenttia. Lähes neljäsosalla (23,5 %) sairaanhoitajista oli aikaisempi sosiaali- ja terveystieteiden ammattillinen tutkinto ennen sairaanhoitajan tutkintoa. Sairaanhoitajasta valmistumisesta Valviralle tehtyyn ilmoitukseen kulunut aika vaihteli 8 kuukaudesta 39 vuoteen. Työsuhde oli ennen ilmoitusta kestänyt kolmasosalla (35 %) alle vuoden ja reilulla kolmasosalla (37 %) 1—5 vuoden ajan. Rikostuomioita oli 15 prosentilla ja aikaisempia valvontaprosesseja 16 prosentilla sairaanhoitajista.

Enemmistö (87 %) työskenteli sairaanhoitajan tehtävissä ja kymmenesosa (10 %) apulaisosastonhoitajan tai tiimivastaavan tehtävissä. Enemmistö sairaanhoitajista työskenteli sairaaloissa (56 %) ja tuetun ja palveluasumisen (18 %) parissa. Erikoisalat vaihtelivat, eniten sairaanhoitajia työskenteli vanhusten- ja asumispalveluiden (19 %) ja syöpä-, sisätautien ja kirurgian (18 %) parissa.

2. Sairaanhoitajien ammatinharjoittamisoikeuksiin puuttumiseen johtaneeseen epäammattilliseen toimintaan liittyy useimmissa tapauksissa (82 %) sairaanhoitajan päihteidenkäyttö. Tämän tutkimuksen 68 ammatinharjoittamisoikeuksiin puuttumisen tapauksesta löytyi 129 epäammattillisen toiminnan muotoa. Erilaiset epäammattillisen toiminnan muodot luokiteltiin 14 luokkaan. Näistä epäammattillisen toiminnan muodoista yleisimpiä olivat päihderiippuvuus, lääkkeiden anastaminen, päihtyneenä työskenteleminen, ammattiosaamisen puutteet, epäasiallinen työkäyttäytyminen ja työkyvyn aleneminen mielenterveydellisistä syistä.

### 6.1 Keskeisten tulosten tarkastelua

#### 6.1.1 Sairaanhoitajia kuvaavat taustatiedot

Vaikka tämän tutkimuksen tulosten valossa näyttääkin siltä, että 40–50-vuotiaiden ikäryhmä (40 %) erottuisi ylitse muiden, se ei toisaalta kovin vahvasti eroa sairaanhoitajapopulaation ikärakenteesta. Tilastokeskuksen mukaan Suomessa toimivista sairaanhoitajista 41,3 prosenttia oli iältään 36–50-vuotiaita (Tilastokeskus 2017).

Iän vaihteluväli (ilmoituksen hetkellä) oli tässä tutkimuksessa 25 vuodesta 61 vuoteen. Hoitajien keski-ikä oli ilmoituksen tekohetkellä 44 vuotta ja mediaani samoin 44 vuotta. Tässä tutkimuksessa on laskettu hoitajien ikä sillä hetkellä, kun valvontaprosessi on käynnistynyt ilmoituksella Valviralle. Useissa ulkomaisissa tutkimuksissa on ilmoitettu hoitajien ikä valvontaprosessin päätöksen hetkellä. Tästä huolimatta tarkasteltaessa iän vaihteluvälejä, keskiarvoja ja mediaaneja eri tutkimuksissa voidaan huomata, että tulokset eri tutkimuksissa ovat iän suhteen samansuuntaisia. Ulkomaisissa tutkimuksissa epäammattillisesti toimineiden hoitajien iät alkoivat 21—27 vuodesta (Jones ym. 2008, Kenward 2008, Zhong ym. 2009, Hester ym. 2011, Hudson & Droppers 2011, Zhong & Thomas 2012), eli tulokset ovat samansuuntaisia kuin tässä tutkimuksessa.

Iän maksimi oli tässä tutkimuksessa alhaisempi (61) kuin muissa tutkimuksissa (65—77) (Jones ym. 2008, Kenward 2008, Zhong ym. 2009, Hester ym. 2011, Hudson & Droppers 2011, Zhong & Thomas 2012). Tämä saattaa selittyä tämän tutkimuksen pienellä otannalla tai toisaalta työmarkkinoiden erilaisella rakenteella eri maissa. Suomessa yli 70-vuotiaana työskenteleviä sairaanhoitajia ei oletettavasti ole kovin paljoa, mikä osaltaan selittänee asiaa.

Sairaanhoitajien keskimääräinen ikä oli tässä tutkimuksessa 44 vuotta. Muissa tutkimuksissa epäammattillisesti toimineiden hoitajien keski-ikä on vaihdellut 43 vuodesta 51,5 vuoteen ((Jones ym. 2008, Kenward 2008, Zhong ym. 2009, Hester ym. 2011, Hudson & Droppers 2011, Zhong & Thomas 2012). Tämän tutkimuksen tulos siis noudattaa samaa linjaa, mutta iän keskiarvo on tutkimusten joukossa alhaisimmasta päästä.

Erään tutkimuksen mukaan Yhdysvalloissa hoitajien keskimääräinen ikä ensimmäisen valvontaprosessin päätöksen hetkellä oli aikaisempaa rikoshistoriaa omaavilla hoitajilla 35,3 vuotta ja ilman rikoshistoriaa olevilla hoitajilla 42 vuotta (Clevette ym. 2007). Brasiliassa valituksia oli tehty enemmän nuoremmista hoitotyön ammattilaisista (da Silva ym. 2016). Tässä tutkimuksessa eniten valvontaprosesseja kohdistui 41–50-vuotiaisiin sairaanhoitajiin, mikä eroaa brasilialaistutkimuksen tuloksesta.

Mieshoitajien osuus valvontatilastoissa (22 %) eroaa tämän tutkimuksen mukaan huomattavasti miesten osuudesta hoitoalalla. Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2015 Suomessa toimivista sairaanhoitajista 9,2 prosenttia oli miehiä (Tilastokeskus 2017.) Miehet siis ovat valvontatilastoissa selvästi yliedustettuina. Syitä tähän voi olla monia. Miehiä hakeutuu hoitoalalle huomattavasti vähemmän kuin naisia. Voivatko syyt johtaa jo alkuvaiheeseen, eli

hoitoalalle hakeutuisi enemmän miehiä, joilla on kiinnostusta lääkkeitä tai päihteitä kohtaan tai hoitotyössä potilasta kohtaan vallitsevaa valta-asetelmaa kohtaan? Altistaako hoitoalalla vähemmistösukupuolen edustajana työskenteleminen jollain tavalla epäammattilliselle toiminnalle? Tässä tutkimuksessa ei aineiston pienuuden vuoksi ole mielekäästä verrata sukupuolten välisiä eroja valmistumisvuoden suhteen. Teollisuusalan työntekijöiden vähentämisen myötä hakeutuu jonkin verran työttömiä uudelleen koulutautumaan hoitoalalle. Näiden alanvaihtajien määristä tai sukupuolijakaumasta ei löytynyt tietoa. Voivatko he olla osana riskiryhmää?

Miesten suhteellisen korkea määrä valvontatilastoissa toistuu myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Tässä tutkimuksessa miehiä oli 22 prosenttia sairaanhoitajista. Aikaisemmissa tutkimuksissa miehiä on ollut hoitajista 17—30 prosenttia (Evangelista & Sims-Giddens 2008, Jones ym. 2008, Kenward 2008, Zhong ym. 2009, Hester ym. 2011, Hudson & Droppers 2011, Zhong & Thomas 2012, Azuri ym. 2014, da Silva ym. 2016). Useammassa tutkimuksessa mainitaan miesten osuuden olevan korkea verrattuna paikalliseen hoitajapopulaatioon (Evangelista & Sims-Giddens 2008, Kenward 2008, Zhong ym. 2009, Hester ym. 2011), kuten näyttäisi olevan myös Suomessa.

Tietoja etnisestä taustasta ei tässä tutkimuksessa saatu, sillä etnisestä taustasta ei ollut mainintaa yhdenkään tapauksen päätöksissä. Valviran selvitysasiakirjoissa ei esiinny tietoa sairaanhoitajien etnisestä taustasta lainkaan. Etnistä taustaa olisi ollut mielenkiintoista tutkia sairaanhoitajien taustamuuttujana. Selvitysasiakirjoja ei kuitenkaan ole laadittu käytettäväksi tutkimustarkoitukseen. Voidaan myös kysyä, miksi Valvira keräisi tietoja sairaanhoitajien etnisestä taustasta, eihän sillä voi laillisestikaan olla vaikutusta valvontaprosessin kulkuun.

Ulkomaisissa tutkimuksissa etninen tausta on raportoitu yhtenä taustamuuttujista ja tiedot siitä ovat löytyneet paikallisista vastaavanlaisista rekisteritiedoista. Suomessa etnistä taustaa kysytäänkin verrattain harvoin taustatietona missään. Voisiko tämä johtua väestön heterogeenisyydestä ja muiden etnisten taustojen harvinaisuudesta Suomessa? Luultavasti maahanmuuton yleistyessä ja väestöjen sekoituessa ilmiö tulee täälläkin muuttumaan ja tietoja etnisestä taustasta aletaan ehkä vielä joskus kerätä. Toisaalta kaikelle tietojen keräämiselle on oltava perusteltu syy. Täytyy siis pohtia, millä tavalla etninen tausta liittyy sairaanhoitajana toimimiseen ja sen valvontaan ja miksi tätä tietoa pitäisi tässä yhteydessä kerätä. Ehkä tasarvoisempaa onkin jättää mahdollisesti epäolennaiset etniseen taustaan liittyvät tiedot keräämättä.

Tutkimusaineiston sairaanhoitajista yhdeksällä prosentilla oli terveydenhoitajan- tai kättilön ammattinimike sairaanhoitajan ammatin lisäksi tai sen sijaan. Vuonna 2015 Suomessa oli 89 269 laillistettua sairaanhoitajaa, 18 643 terveydenhoitajaa ja 4 768 kättilöä, joilla oli ammatinharjoittamisoikeus, mutta kaikki eivät toimineet näissä tehtävissä (Julkari 2018). Kaikilla kättilöillä tai terveydenhoitajilla ei ole sairaanhoitajan ammattia. Tämän tutkimuksen terveydenhoitajien ja kättilöiden määrät suhteessa sairaanhoitajiin eivät siis näyttäisi poikkeavan merkittävästi heidän määrästään hoitajapopulaatiossa.

Tietoja sairaanhoitajien työkokemuksen määrästä ei ollut tässä tutkimuksessa saatavilla selvitysasiakirjojen perusteella. Useissa ulkomaisissa tutkimuksissa on raportoitu hoitajien työkokemuksen määrää vuosina. Yhdysvalloissa hoitajat olivat toimineet ammatissaan keskimäärin 12–14 vuoden ajan seuraamuksen saadessaan (Kenward 2008, Zhong & Thomas 2012). Noin viidennes hoitajista Yhdysvalloissa sekä Israelissa oli työskennellyt ammatissaan enintään 5 vuoden ajan. (Kenward 2008, Azuri 2014.) Israelissa kuitenkin lähes kahdella kolmanneksella hoitajista oli työkokemusta 11 vuotta tai enemmän (Azuri ym. 2014).

Sairaanhoitajien valmistumisesta valvontaprosessin alkamiseen kulunut aika oli tässä tutkimuksessa keskimäärin 15 vuotta. Yhdysvalloissa valmistumisesta valvontaprosessin päätökseen aikaa oli kulunut keskimäärin 11,5 vuotta (Kenward 2008). Tämän perusteella näyttäisi, että Suomessa sairaanhoitajat ehtivät mahdollisesti toimia ammatissaan muutaman vuoden Yhdysvaltojen kollegojaan kauemmin ennen valvontaprosessia. Tässä tutkimuksessa otanta on kuitenkin pieni, joten kovin varmoja johtopäätöksiä eroista ei ole mahdollista tehdä.

Valmistumisesta ilmoitukseen kuluneessa ajassa oli sairaanhoitajien kesken melko suurta vaihtelua. Sen hetkessä työpaikassaan he olivat työskennelleet keskimäärin 5,9 vuotta, työsuhteen keston mediaanin ollessa 2 vuotta. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa, jonka mukaan hoitajista yli puolet (55 %) oli työskennellyt senhetkessä työpaikassaan alle kahden vuoden ajan (Zhong & Thomas 2012). Viitteitä on siis siitä, että myös kansainvälisesti sairaanhoitajien työsuhteet ovat verrattain lyhyitä ennen ammatinharjoittamisoikeuteen puuttumista, mutta ammatinharjoittamisoikeuksiin puututaan toisinaan myös pidempien työsuhteiden jälkeen.

Sairaanhoitajien työsuhteet ennen ilmoituksen tekemistä ja valvontaprosessin alkamista olivat pääsääntöisesti olleet hyvin lyhyitä. Lähes kolme neljäsosaa sairaanhoitajista oli työskennellyt senhetkessä työpaikassaan alle viiden vuoden ajan, kun ilmoitus Valviralle tehtiin. Ovatko

työsuhteensa juuri aloittaneet sairaanhoitajat siis jonkinlaisessa riskiryhmässä epäammattilliselle toiminnalle? On myös mahdollista, että epäammattilliseen toimintaan puututaan herkemmin uusien työntekijöiden kohdalla. Työpaikkojen vaihtuminen mahdollisesti liittyy epäammattillisen toiminnan ilmenemiseen. Pähdeongelman paljastumista työnantajalle saatetaan välttää vaihtamalla uuteen työpaikkaan. Huomioitava on, että työsuhteensa vastikään aloittaneet sairaanhoitajat eivät tässä tutkimuksessa olleet enemmistöltään nuoria tai vastavalmistuneita.

Suunniteltaessa keinoja epäammattillisen toiminnan ennaltaehkäisemiseksi onkin syytä kiinnittää huomiota mahdollisiin riskiryhmiin eli niihin hoitajaryhmiin, jotka näitä tukitoimia saattaisivat tarvita. Rekrytointivaiheessa ja työsuhteen alussa olisi hyvä tarjota uudelle työntekijälle entistä paremmin tukea. Rekrytointivaiheessa olisi hyvä kiinnittää huomiota siihen, mikäli sairaanhoitajalla on lähihistoriassaan useita lyhyitä työsuhteita tiheään vaihtuneissa työpaikoissa. Työsuhteen alun kannalta uuden työntekijän hyvä perehdytys on avainasemassa. Tässä vaiheessa olisi hyvä kiinnittää huomiota myös muun muassa työpaikan pelisääntöihin, turvalliseen lääkehoitoon ja sen kirjaamiseen ja valvonnan systemaattisuuteen sekä työpaikan päihdeohjelmaan. Työterveyshuolto järjestää tavallisesti niin sanotun työhöntulotarkastuksen, mutta olisiko työterveyshuollolla tarjota tähän vaiheeseen jotakin lisää?

Tämän tutkimuksen sairaanhoitajista 15 prosentilla oli historiassaan rikostuomioita. Vastaavaa lukua Suomen väestöä koskien ei ole saatavilla. Tiedossa on vain tilastoja vuosittain rangaistuista. Vuonna 2014 Suomessa rangaistukseen tuomittiin 220 714 henkilöä (Tilastokeskus 2015a), mikä vastasi neljää prosenttia silloisesta väkiluvusta (Tilastokeskus 2015b). Sairaanhoitajien yleisesti ottaen voisi luulla syyllistyvän rikoksiin joitakin muita väestöryhmiä harvemmin esimerkiksi koulutustaustansa ja sosioekonomisen asemansa vuoksi. Toisaalta sairaanhoitajien, joiden ammatinharjoittamisoikeuksiin on puututtu, voisi olla mahdollista syyllistyneen rikoksiin ainakin muita sairaanhoitajia useammin. Koska vertailutietoa ei ole saatavilla, ei asiasta tässä yhteydessä saada tietoa.

Yhdysvalloissa rikostuomioita oli ollut yli kolmanneksella valvontaprosessien kohteina olleista sairaanhoitajista, kun verrokkiryhmällä vastaava luku oli ollut vain 3 prosenttia (Zhong ym. 2009). Suomessa siis rikostuomiot näyttäisivät olevan Yhdysvaltoja harvinaisempia sairaanhoitajilla, joiden ammatinharjoittamisoikeuteen on puututtu.

Aikaisempia valvontaprosesseja oli selvitysasiakirjoissa mainittu olevan hoitajista 16 prosentilla. Näihin kuuluivat kaikki aluehallintoviraston tai Valviran selvitettävänä olleet valvontaprosessit, myös sellaiset jotka eivät lopulta olleet johtaneet toimenpiteisiin. Luku vaikuttaa verrattain korkealta, tosin vastaavaa lukua koko sairaanhoitajapopulaatiota koskien ei ole saatavilla.

Tiimivastaavan tai apulaisosastonhoitajan tehtävissä työskenteli yksi kymmenestä sairaanhoitajasta. Tarkkoja tietoja alalla toimivista tiimivastaavan tai apulaisosastonhoitajan tehtävissä työskentelevistä ei ole saatavilla. Opetushallinnon tilastopalvelu Vipusen mukaan vuonna 2015 alalla toimivien osastonhoitajien määrä vastasi reilua kuutta prosenttia alalla toimivista, kun laskettiin yhteen alalla toimivien osastonhoitajien, sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kätilöiden määrät (Vipunen 2018). Tiimivastaavien määrän arviointi on vaikeaa, koska tiimivastaavia voi toisaalta työskennellä yhden esimiehen alaisuudessa useampia, mutta toisaalta joissakin organisaatioissa ei tiimivastaavia tai apulaisosastonhoitajia ole lainkaan. Tässä tutkimuksessa tulokseksi saatu yksi kymmenestä kuulostaa kuitenkin verrattain paljolta, mikä viittaisi tiimivastaavien ja apulaisosastonhoitajien osuuden sairaanhoitajien ammatinharjoittamisoikeuksiin puuttumisen tapauksissa olevan suhteellisen suuri.

Osastonhoitajia tai ylihoitajia ei tämän tutkimuksen aineistossa ollut yhtäkään. Tämä liittyyne ainakin osittain heidän työnkuvaansa, mikä ei sisällä samalla tavalla välitöntä potilas- tai asiakastyötä tai lääkkeiden käsittelyä. Toisaalta myös kynnys tehdä ilmoitus Valviralle saattaa heidän kohdallaan olla korkeampi. Työntekijät eivät välttämättä kovin herkästi raportoi esimiehensä toimista tämän esimiehelle, jolloin ylempi johto ei välttämättä ole edes tietoinen mahdollisesta epäammatillisen toiminnan ilmenemisestä.

Sairanhoitajien työskentely-ympäristöistä erottuivat erityisesti sairaalat (56 %) ja tuetun asumisen yksiköt ja asumispalvelut (18 %). Aikaisemmat tutkimukset tukevat tätä, sillä samansuuntaisia tuloksia on saatu useissa tutkimuksissa (Zhong ym. 2009, Hester ym. 2011, Zhong & Thomas 2012, Azuri ym. 2014, da Silva ym. 2016). Yhtenä syynä on luultavasti, että juuri näissä työskentely-ympäristöissä sairaanhoitajat käsittelevät paljon lääkkeitä, jolloin lääkekaapit ja asiakkaiden lääkkeet ovat helposti hoitajien saatavilla. Toisaalta tällaisissa työskentely-ympäristöissä myös työtovereiden kanssa ollaan usein melko paljon tekemisissä päivän mittaan, joten epäammatillinen toiminta saattaa paljastua muille saman työpaikan



terveydenhuollon ammattilaisille helpommin kuin muun tyyppisissä työskentely-ympäristöissä.

Myös kotihoidon voisi luulla luovan tilaisuuksia lääkkeiden väärinkäytölle, onhan työ hyvin itsenäistä ja asiakkaiden terveydentila usein heikko. Tässä tutkimuksessa kotihoidossa tai muissa kotiin tuotavissa palveluissa työskenteleviä sairaanhoitajia oli kuitenkin vain vähän, kaksi sairaanhoitajaa sekä yksi kotisairaalassa. Voisiko työ kotihoidossa olla niin itsenäistä, ettei epäammatillinen toiminta kovin herkästi paljastu? Vastaanottomuotoinen tai polikliininen työskentely eivät välttämättä luo kovin otollisia edellytyksiä ainakaan työpaikan tai asiakkaiden lääkkeiden väärinkäytölle. Toisaalta lääkkeiden anastaminen oli vain yksi epäammatillisen toiminnan muodoista. Onko näissä työskentely-ympäristöissä siis vähemmän epäammatillista toimintaa, vai tehdäänkö siitä vain harvemmin ilmoituksia Valviralle?

Sairaanhoitajien edustamia erikoisaloja oli runsaasti eikä juuri mikään erottunut kovin selvästi ylitse muiden. Eniten sairaanhoitajia kuitenkin työskenteli vanhusten- ja asumispalveluiden sekä sisätautien ja kirurgian erikoisaloilla. Erikoisalojen luokittelu tässä analyysissä oli aineistolähtöistä. Luokat siis syntyivät sen mukaan, minkälaisia tiedot sairaanhoitajien työskentelypaikoista olivat. Vanhusten- ja asumispalveluiden luokkaan kuuluvat myös muut kuin ikääntyneille suunnatut asumispalvelut. Syöpä- ja sisätautien ja kirurgian luokkaan kuuluu muun muassa vuodeosastoja, leikkaussali sekä polikliinistä toimintaa. Myös infektiotautien vuodeosasto ryhmiteltiin osaksi tätä luokkaa. Luokittelussa jäi kuitenkin yli viidennes sairaanhoitajien työpaikoista muu-luokkaan. Tämä kertoo toisaalta erilaisten työpaikkojen vaihtelevuudesta sairaanhoitajien kesken, mutta liittyy toisaalta myös dokumenttiaineistosta saatavilla olleiden työpaikkatietojen puutteellisuuteen. Sairaanhoitajien erikoisalat vaihtelivat suuresti myös aikaisemmassa tutkimuksessa Yhdysvalloissa (Hester ym. 2011).

#### 6.1.2 Epäammatillisen toiminnan kuvaus

Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajien päihteidenkäyttö, sisältäen päihderiippuvuutta, päihtyneenä työskentelemistä sekä lääkkeiden anastamista, näyttäytyi yleisimpänä ammatinharjoittamisoikeuksiin puuttumisen syynä ja liittyi useimpiin puuttumistapauksista. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Terveys 2000 -kyselyn mukaan yli 29-vuotiaista suomalaisista alkoholiriippuvuutta sairastaa neljä prosenttia. Muihin lääkkeisiin tai huumeisiin liittyviä riippuvuussairauksia esiintyy vähemmän, mutta tarkkoja tietoja niiden esiintyvyydestä ei ole. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Yhdysvalloissa päihderiippuvuuden

esiintyvyys on hoitajilla samaa luokkaa kuin maan koko väestössä (National Council of State Boards of Nursing 2014).

Päihteidenkäyttöön liittyvät syyt näyttävät yleisimpänä ammatinharjoittamisoikeuteen puuttumiseen syynä olevana tekijänä myös useissa ulkomaisissa tutkimuksissa (Clevette ym. 2007, Hudspeth 2007, Kenward 2008, Hudson & Droppers 2011). Ilmiönä hoitajien päihteidenkäyttöä ja sen näkymistä ammatinharjoittamisoikeuteen puuttumisen tilastoissa esiintyy siis kansainvälisesti.

Mielenkiintoinen kysymys onkin, voiko päihderiippuvuuteen sairastunut työskennellä sairaanhoitajan tehtävissä ja mihin raja vedetään. Päihtyneenä työskenteleminen tai lääkkeiden anastaminen kertovat siitä, että päihteidenkäyttö on riistäytynyt hallinnasta. Sairaanhoitajan päihteidenkäyttö vaarantaa tässä vaiheessa hoitotyön potilasturvallisuuden, jolloin työnantajan tulee puuttua siihen. Useissa tapauksissa sairaanhoitajat olivat päihteidenkäytöstä kiinni jäätyään irtisanoneet työsuhteensa, mikä hankaloittaa puuttumista ja hoitoonohjausta.

Päihteidenkäytön lisäksi muutamassa tapauksessa sairaanhoitajan työkyky oli alentunut mielenterveydellisistä syistä tai alkavan muistisairaudesta vuoksi. Näiden tapausten suhteen kehitettäväksi asiaksi nousee sairaanhoitajien työkyvyn arviointi ja valvonta. Sairaanhoitaja on velvollinen arvioimaan ja seuraamaan itse omaa työkykyään, mutta omassa terveydessään ja työkyvyssään tällaisia muutoksia voi olla hankalaa itse tunnistaa. Työtoverinkin kynnys ottaa kollegan poikkeava käyttäytyminen puheeksi tämän itsensä tai esimiehen kanssa voi olla hyvinkin korkea. Tämä mahdollistaa sairauden pahenemisen niin, että asiaan päästään puuttumaan vasta vakavamman vaaratilanteen jälkeen. Työyksikön ja sen esimiehen omavalvonta on avainasemassa tapausten tunnistamisessa. Työkykyä seuraa myös työterveyshuolto. Työkyvyn alenemisen tunnistamisen ja siihen puuttumisen keinoja olisi hyvä edelleen kehittää.

Myös muita tässä tutkimuksessa esille nousseita ammatinharjoittamisoikeuteen puuttumisen syitä oli löydetty aikaisemmissakin tutkimuksissa. Ammattiosaamisen puutteet olivat tässä tutkimuksessa yleisin syy päihteisiin liittyvien syiden jälkeen. Aikaisemmissa tutkimuksissa on löydetty samantyyppisiä syitä, kuten hoitotyön laadun puutteet tai virheet, epäpätevyys (Hudson & Droppers 2011) tai heikkolaatuinen hoitotyö (Clevette ym. 2007). Epäasialliseen työkäyttäytymiseen liittyviä syitä oli myös löydetty aikaisemmissakin tutkimuksissa. Näitä olivat epäammattillinen käyttäytyminen (Hudspeth 2007, Hudson & Droppers 2011) sekä

potilaiden kohteluun ja turvallisuuteen liittyvät syyt (Hudspeth 2007). Työkyvyn aleneminen voi itsessään olla hankalammin tunnistettava syy, johon voi myös liittyä monenlaisia epäammattillisen toiminnan muotoja. Esimerkiksi arviointikyvyn heikkeneminen (Clevette ym. 2007) voi mahdollisesti liittyä työkyvyn alenemiseen. Myös päihteidenkäyttö usein vaikuttaa alentavasti työkykyyn, mutta työkyvyn alenemiseen voi olla muitakin syitä. Tässä tutkimuksessa muut työkyvyn alenemat liittyivät mielenterveydellisiin syihin tai muistisairauksiin.

### 6.1.3 Pilotoinnin arviointi

Tämä tutkimus on tutkimushankkeen pilottivaihe. Tähän tutkimukseen kuuluivat havaintorungon kehittäminen ja asiakirja-aineiston analyysin testaaminen 68 havaintorungon perusteella. Pilotoinnilla pystyttiin tässä tutkimuksessa osoittamaan, että havaintorunkoa käyttämällä voidaan saada vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tämän suhteen pilotointi voidaan katsoa onnistuneeksi. Pilotoinnilla saatiin varmuutta siitä, että havaintorunko soveltuu aineiston keräämiseen selvitysasiakirjoista ja kerätyn aineiston analysointi kuvailevin tilastollisin menetelmin SPSS 24 for Windows -ohjelmalla on toteutettavissa.

Dokumenttiaineistosta onnistuttiin löytämään vastauksia tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksiin siinä määrin, kuin se tätä aineistoa käyttäen oli mahdollista. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, ”minkälaiset taustatiedot kuvaavat sairaanhoitajia, joiden ammatinharjoittamisoikeuteen on epäammattillisen toiminnan seurauksena puututtu?”, vastauksiksi saatiin tietoa sairaanhoitajien iästä, sukupuolesta, koulutustaustasta, työurasta, työskentely-ympäristöstä, rikoshistoriasta ja mahdollisista aikaisemmista valvontaprosesseista.

Toiseen tutkimuskysymykseen, ”minkälaiset epäammattillisen toiminnan muodot ovat johtaneet sairaanhoitajien ammatinharjoittamisoikeuteen puuttumiseen”, vastaukseksi saatiin useita erilaisia epäammattillisen toiminnan muotoja. Tulosten perusteella pystyttiin erottamaan sairaanhoitajien päihteidenkäytön olevan tekijä, joka usein liittyy valvontaprosesseihin. Tutkimuksessa löydettiin myös muita syitä, jotka ovat osaltaan johtaneet ammatinharjoittamisoikeuksiin puuttumiseen.

Tämän tutkimuksen tulokset ovat monilta osin samansuuntaisia kuin samaan tutkimusaiheeseen kohdistuneissa aikaisemmissä kansainvälisissä tutkimuksissa. Koska mahdolliset riskiryhmät tai riskitekijät epäammattilliselle toiminnalle ja ammatinharjoittamisoikeuteen puuttumiselle ovat samankaltaisia, voisi ratkaisujen etsiminen kansainvälisenä yhteistyönä hyödyttää kaikkia

osapuolia. Myös mahdollisia jo käytännössä kokeiltuja, valmiiksi kehitettyjä toimenpiteitä asiaan puuttumiseksi ja ennalta ehkäisemiseksi saattaisi olla mahdollista löytää ulkomailta.

## 6.2 Tulosten luotettavuus

Tässä tutkimuksessa tiedonkeruun tekemiseksi eli ilmiön mittaamiseksi ei ollut saatavilla tarkoitukseen sopivaa, valmista mittaria. Tämän vuoksi tarkoitukseen kehitettiin havaintorunko. Mittarin laatua ja tulosten luotettavuutta tarkasteltaessa keskeisiä käsitteitä ovat validiteetti ja reliabiliteetti (Metsämuuronen 2002, Kimberlin & Winterstein 2008).

Validiteetin keskeinen kysymys on, mitataanko sitä mitä on tarkoitus mitata (Metsämuuronen 2002, Kimberlin & Winterstein 2008). Mittarin kehittämisprosessi ja validointi ovat tutkimuksen tulosten luotettavuuden kannalta keskeisiä vaiheita (Kimberlin & Winterstein 2008). Tässä tutkimuksessa asetettuihin tutkimuskysymyksiin löydettiin hyvin vastauksia. Mittarina toimineella havaintorungolla siis onnistuttiin mittaamaan ilmiötä niin kuin tässä tutkimuksessa oli tarkoitus. Joidenkin yksittäisten muuttujien suhteen tosin ei saatu kerättyä toivotulla tarkkuudella ja riittäviä määriä tietoa mittarista tai aineistosta johtuen. Validiteettia voidaan arvioida käsite-, sisältö- ja kriteerivaliditeetin näkökulmista (Kimberlin & Winterstein 2008).

Tässä tutkimuksessa käsitevaliditeetin kannalta olennaista on, että etenään kotimaista tutkimusta aiheesta ei juurikaan löydy. Myös kansainvälisesti aihetta on tutkittu melko rajallisesti, minkä vuoksi tutkimusaiheeseen ei monilta osin liity vakiintunutta käsitteistöä. Havaintorunkoa luotaessa käytettävät käsitteet etsittiin ja muodostettiin aikaisemman tutkimustiedon, lainsäädännön ja Valviran käyttämään käsitteistöön perustuen. Sisältövaliditeetilla arvioidaan käsitteiden operationalisoinnin onnistumista ilmiön mittaamisen kannalta (Kimberlin & Winterstein 2008). Tässä tutkimuksessa mittarin sisältövaliditeettia tukee se, että mittaria käyttämällä onnistuttiin löytämään vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tämän tutkimuksen kriteerivaliditeettia vahvistaa se, että samansuuntaisia tuloksia on saatu myös aikaisemmissa tutkimuksissa kansainvälisesti.

Reliabiliteetillä tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta eli sitä, kuinka samanlaisia tai erilaisia tuloksia saataisiin, mikäli samaa ilmiötä mitattaisiin toistuvasti samaa mittaria käyttäen. (Metsämuuronen 2002.) Reliabiliteetilla pyritään jäljittämään mittausprosessin virheitä (Kimberlin & Winterstein 2008). Tässä tutkimuksessa kerättiin tietoa asiakirja-aineistosta havaintorunkoa käyttäen. Tiedot on pyritty keräämään mahdollisimman tarkasti niin kuin ne

asiakirjoissa olivat. Tässä tutkimuksessa reliabiliteettiin voidaan katsoa vaikuttavan sen, että asiakirjoissa olevat tiedot ovat jo ennen tutkimuskäyttöä jonkun tekemiä tulkintoja. Toisaalta joissakin muissa tutkimusmenetelmissä tutkijalla saattaa olla enemmän tulkinnan varaa. Asiakirja-aineistosta tiedot pyrittiin keräämään muuttumattomina.

Tulosten yleistettävyyttä rajoittaa tässä tutkimuksessa otannan pieni koko. 68 tapauksen perusteella ei voida tehdä kovin luotettavia johtopäätöksiä koskien kaikkia sairaanhoitajia, joiden ammatinharjoittamisoikeuteen on Suomessa puututtu. Tulosten voidaan kuitenkin katsoa olevan suuntaa antavia, ja niiden luotettavuutta vahvistaa tulosten samansuuntaisuus kansainvälisten tutkimusten kanssa. Sairaanhoitajien ammatinharjoittamisoikeuteen puuttumisen tapauksia ei Suomessa vuosittain ole muutamaa kymmentä enempää, joten kovin suuren aineiston käyttäminen ei mitenkään ole mahdollista. Aineistoa on mahdollista kasvattaa laajentamalla aikarajausta, mutta tuolloin mukaan tulee aikaisempia vuosia eikä tieto ole yhtä ajantasaista. Toinen vaihtoehto otannan kasvattamiseksi olisi ottaa mukaan aineistoon myös esimerkiksi Ruotsin vastaavanlaiset asiakirjat. Tällöin tulisi kuitenkin huomioida, etteivät eri valtioissa laaditut asiakirjat oletettavasti ole täysin samanlaisia. Myös valtioiden ja niissä työskentelevien sairaanhoitajien väliset kulttuuriset erot tulisi tuolloin ottaa huomioon.

Tiedonkeruun toteutuksessa ilmeni myös tiettyjä, merkitykseltään kokonaisuuden kannalta melko vähäisiä puutteita. Esimerkiksi, mahdollisesti kolmannen sektorin palveluksessa työskennelleistä ei ole tarkkaa tietoa, sillä tietoa ei kerätty aineistonkeruussa käytetyllä havaintorungolla. Kolmannen sektorin palveluksessa työskentelevät on siis luokiteltu yksityisen sektorin kategoriaan. Tämä rajoittaa johtopäätösten tekemistä sairaanhoitajien työskentelysektoreita koskevien tietojen suhteen.

Havaintorungon lisäksi omat haasteensa tutkimukselle asetti aineiston luonne. Sama henkilö voi esiintyä aineistossa useampaan kertaan, mikäli häntä koskevia valvontaprosesseja on tullut vireille ja saatu päätökseen enemmän kuin yksi. Koska havaintorungosta ei käynyt ilmi henkilötietoja ja aineistonkeruuta teki useampi ihminen, ei voida olla varmoja siitä, onko samaa henkilöä koskevia valvontaprosesseja ollut useampia. Tämä sekoittaa osaltaan tuloksia ainakin demografisten muuttujien osalta. Tämän tekijän vaikutus tuloksiin on kuitenkin oletettavasti vähäinen, sillä tällaisia tapauksia ei aineistossa oletettavasti ole ainakaan monia.

Koska kyseessä oli dokumenttiaineisto, ei kaikista tapauksista ollut saatavilla kaikkia niitä tietoja, mitä olisi tässä tutkimuksessa voitu hyödyntää. Osa tiedoista oli myös ilmaistu

päätöksissä ja selvitysasiakirjoissa puutteellisesti tai epäselvästi. Syynä tähän on, että Valvira on laatinut asiakirjat tapauksen ratkaisua, ei tutkimuskäyttöä varten ja kirjannut tiedot sen mukaisesti.

### 6.3 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen johtopäätökset ovat seuraavat:

1. Ennaltaehkäiseviä tukitoimia tulee suunnitella ja kohdistaa erityisesti sinne, missä niitä tarvitaan. Tämän tutkimuksen mukaan sairaanhoitajista, joiden ammatinharjoittamisoikeuteen on puututtu, enemmistö oli iältään 41–50-vuotiaita, melko vastikään työsuhteensa aloittaneita. Miespuolisia hoitajia oli verrattain paljon alalla toimivaan hoitajapopulaatioon nähden. Enemmistö sairaanhoitajista työskenteli sairaalaympäristössä tai pitkäaikaishoidon yksiköissä.
2. Sairaanhoitajien päihteidenkäyttö liittyy usein valvontaprosesseihin ja on yleisin ammatinharjoittamisoikeuksiin puuttumisen syy. Lääkehoidon järjestelmällinen valvonta työpaikoilla sekä päihdeohjelmat ovat tärkeässä roolissa sairaanhoitajien päihteidenkäytön tunnistamisessa ja siihen puuttumisessa. Näiden lisäksi tarvitaan keinoja sairaanhoitajien tukemiseen ja päihdeongelmien ennaltaehkäisyyn.
3. Sairaanhoitajien työkyvyn seuranta, työkyvyn alenemisen tunnistaminen ja siihen puuttuminen vaativat systemaattisten keinojen kehittämistä. Asia koskee niin sairaanhoitajia itseään oman työkykynsä arvioinnin suhteen kuin kollegoita ja esimiestä. Yksiköiden omavalvonta on tärkeässä roolissa. Myös työterveyshuollon tehtäviin kuuluu työkyvyn ylläpitäminen ja seuranta sekä mahdollisen työkyvyn aleneman tunnistaminen ja siihen puuttuminen.
4. Epäammatillista toimintaa ennaltaehkäiseviä toimia voidaan kehittää tutkimustiedon avulla. Aiheen tutkiminen on tärkeää, jotta epäammatillinen toiminta osataan tunnistaa ja ennaltaehkäiseviä tukitoimia saadaan kohdistetuiksi niitä tarvitseviin hoitajiin ja heidän työskentelyynsä vaikuttaviin tekijöihin.

## 6.4 Jatkotutkimusaiheita

Tämän tutkimuksen mahdollisia jatkotutkimusaiheita ovat seuraavat:

1. Hoitajien epäammattillinen toiminta tai ammatinharjoittamisen puutteet on tutkimusaiheena hyvin sensitiivinen. Hoitajien toiminnan taustalla vaikuttavista motiiveista ja elämäntilanteista voisi saada tietoa laadullisen tutkimuksen keinoin. Tutkittavien tavoittaminen laadulliseen tutkimukseen voisi kuitenkin osoittautua hankalaksi, sillä tutkittavien anonymiteetin vuoksi kohderyhmän tavoittaminen voisi olla haasteellista. Ammatinharjoittamisoikeuteen puuttuminen saatetaan myös kokea häpeälliseksi eikä siitä välttämättä haluta puhua.
2. Hoitajien epäammattillisen toiminnan ilmiön kannalta tärkeää olisi ennaltaehkäisevien keinojen löytäminen ja kehittäminen tutkimustiedon avulla. Hoitajien tukeminen jo opintojen aikana ja työsuhteiden alussa voisi ehkäistä epäammattillista toimintaa. Tässä tutkimuksessa esille tullut päihteidenkäytön yleisyys antaa viitteitä siitä, että onnistuneella hoitajien päihteidenkäytön ennaltaehkäisyllä ja tunnistamisella voisi olla mahdollista vaikuttaa sen seurauksiin potilastyössä. Näin voitaisiin paitsi kohentaa hoitajien elämänlaatua ja edistää heidän terveyttään ja hyvinvointiaan, myös ehkäistä mahdollisia haittatapahtumia potilaille ja taata heidän hoitonsa laatua.
3. Tutkimustietoa ei toistaiseksi ole myöskään siitä, mitä hoitajien elämässä tai työuralla tapahtuu valvontaprosessin jälkeen, kuinka moni palaa vielä hoitotyöhön, kuinka moni jää työttömäksi tai vaihtaa alaa. Jatkossa voisi myös tutkia asianomaisten hoitajien näkemyksiä siitä, minkälaista tukea he tarvitsisivat valvontaprosessin jälkeen.

## LÄHTEET

Aluehallintovirasto 2016. Toiminta ja tehtävät.. <https://www.avi.fi/web/avi/avien-toiminta-ja-tehtavat> Luettu 18.4.2018.

Ammattinetti 2018. Sairaanhoidaja. [http://www.ammattinetti.fi/ammattit/detail/217\\_ammatti](http://www.ammattinetti.fi/ammattit/detail/217_ammatti) Luettu 1.5.2018.

Anttila P. 2005. Ilmaisu, teos, tekeminen ja tutkiva toiminta. Akatiimi Oy, Hamina.

Arkansas State Board of Nursing 2018. Chapter seven, rules of procedure. <http://arsbn.publishpath.com/Websites/arsbn/images/Rules.Chapter07-%20Effective%2001-01-2018.pdf> Luettu 20.4.2018.

Arkistolaki 831/1994.

Azuri P, Haron Y, Riba S & Sar-Lev S. 2014. Disciplinary procedures against Israeli nurses. *Journal of Nursing Regulation* 4(4), 51–56.

Bowen G A. 2009. Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal* 9(2), 27–40.

Brighton B. 2014. ‘What is professional ethics?’. *Nursing Ethics* 21(2), 239—244.

Chiarella M & Adrian A. 2014. Boundary violations, gender and the nature of nursing work. *Nursing Ethics* 21(3), 267–277.

Clevette A, Erbin-Roesemann M & Kelly C. 2007. Nursing licensure: An examination of the relationship between criminal convictions and disciplinary actions. *Journal of Nursing Law* 11(1), 5–11.

Collins S E & Mikos C A. 2008. Evolving taxonomy of nurse practice act violators. *Journal of Nursing Law* 12(2), 85–91.

Conn V S. 2010. Rehearsing for the show: The role of pilot study reports for developing nursing science. *Western Journal of Nursing Research* 32(8), 991–993.

da Silva A L N V, da Silva Candido M C F, Duarte S J H & dos Santos R M. 2016. Complaints filed against nursing professionals: Mapping a Brazilian reality. *Nursing Ethics* 23(8), 889–901.

Erikoissairaanhoitolaki 1026/1989.

ETENE 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisuja 32. <http://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841> Luettu 23.10.2017.

Evangelista A & Sims-Giddens S. 2008. Gender differences in discipline of nurses in Missouri. *Western Journal of Nursing Research* 30(4), 501–514.



- Garrett B M & MacPhee M. 2014. The slippery slope of nursing regulation: Challenging issues for contemporary nursing practice in Canada. *Nursing Leadership* 27(3), 51—69.
- Hawker S, Payne S, Kerr C, Hardey M & Powell J. 2002. Appraising the evidence: Reviewing disparate data systematically. *Qualitative Health Research* 12(9), 1284–1299.
- Hester M G, Green A, Thomas M B & Benton M. 2011. Data analysis of Texas RNs with multiple disciplinary actions. *Journal of Nursing Regulation* 2(2), 51–56.
- Hirsjärvi S. 2009a. Aineiston hankinnan suunnittelu. Teoksessa Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. Tammi, Helsinki, 177–190.
- Hirsjärvi S. 2009b. Aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätökset. Teoksessa Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. Tammi, Helsinki, 221–230.
- Hudson M L & Droppers O J. 2011. Licenced nurses disciplined in Oregon between September 1998 and June 2008. *Western Journal of Nursing Research* 33(8), 1030–1046.
- Hudspeth R. 2007. Survey of advanced practice registered nurses disciplinary action. *The Online Journal of Issues in Nursing* 12(2).
- Jones J S, Fitzpatrick J J & Drake V K. 2008. Frequency of postlicensure registered nurse boundary violations with patients in the state of Ohio: A comparison based on type of prelicensure registered nurse education. *Archives of Psychiatric Nursing* 22(6), 356–363.
- Julkari 2018. Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014. <http://www.julkari.fi/handle/10024/135915> Luettu 28.4.2018.
- Kangasniemi M, Pakkanen P & Korhonen A. 2015. Professional ethics in nursing: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing* 71(8), 1744—1757.
- Kenward K. 2008. Discipline of Nurses: A review of disciplinary data 1996–2006. *JONA's Health Care Law, Ethics and Regulation* 10(3), 81–84.
- Kim K K, Kjervik D K & Foster B. 2013. Quality indicators for initial licensure and discipline in nursing laws in South Korea and North Carolina. *International Nursing Review* 61(1), 35–43.
- Kimberlin C L & Winterstein A G. 2008. Validity and reliability of measurement instruments used in research. *American Journal of Health-System Pharmacy* 65(23), 2276—2284.
- Kuula A. 2011. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino, Tampere.
- Laki aluehallintovirastoista 896/2009.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laki Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta 669/2008.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.
- Laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä 556/1989.

- Metsämuuronen J. 2002. Tilastollisen kuvauksen perusteet. International Methelp Ky, Helsinki.
- Mikkonen M. 2016. Ilokaasua työajalla väärinkäyttäneet kätilöt irtisanottiin: ”Ainoa mahdollisuus”. <https://yle.fi/uutiset/3-8794933> Luettu 21.4.2018.
- Miller F A & Alvarado K. 2005. *Journal of nursing scholarship* 37(4), 348–353.
- Milton C L. 2017. The ethics of big data and nursing science. *Nursing Science Quarterly* 30(4), 300—302.
- Morris N S & Rosenbloom D A. 2017. Defining and understanding pilot and other feasibility studies. *American Journal of Nursing* 117(3), 38—45.
- National Council of State Boards of Nursing 2014. Substance use disorder in nursing. <https://www.ncsbn.org/333.htm> Luettu 29.4.2018.
- Ojasalo K, Moilanen T & Ritalahti J. 2014. Kehittämistyön menetelmät – Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. painos. Sanoma Pro Oy, Helsinki.
- Olsen J. 2011. Register-based research: Some methodological considerations. *Scandinavian Journal of Public Health* 39(3), 225—229.
- Pugh D. 2009. The Phoenix Process: A substantive theory about allegations of unprofessional conduct. *Journal of Advanced Nursing* 65(10), 2027–2037.
- Sairaanhoitajaliitto 2014a. Sairaanhoitajien määrä. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/sairaanhoitajien-maara/> Luettu 20.2.2017.
- Sairaanhoitajaliitto 2014b. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/> Luettu 23.10.2017.
- Smeds-Alenius L, Tishelman C, Lindqvist R, Runesdotter S & McHugh M D. 2016. RN assessments of excellent quality of care and patient safety are associated with significantly lower odds of 30-day inpatient mortality: A national cross-sectional study of acute-care hospitals. *International Journal of Nursing Studies* 61(Sept 2016), 117–124.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma. [https://www.thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma\\_final\\_180811.pdf](https://www.thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma_final_180811.pdf) Luettu 21.4.2017.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Päihderiippuvuus. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/paihderiippuvuus> Luettu 29.4.2018.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
- Tilastokeskus 2015a. Liitetaulukko 1. Ensimmäisessä oikeusasteessa syytetyt ja rangaistukseen tuomitut 1950, 1960, 1970, 1980–2014; rikesakot 1983–2014.

[https://www.stat.fi/til/syyttr/2014/syyttr\\_2014\\_2015-09-30\\_tau\\_001\\_fi.html](https://www.stat.fi/til/syyttr/2014/syyttr_2014_2015-09-30_tau_001_fi.html) Luettu 28.4.2018.

Tilastokeskus 2015b. Suomen väkiluku vuoden vaihteessa 5 471 753.

[https://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2014/vaerak\\_2014\\_2015-03-27\\_tie\\_001\\_fi.html](https://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2014/vaerak_2014_2015-03-27_tie_001_fi.html) Luettu 28.4.2018.

Tilastokeskus 2017. Liitetaulukko 4a. Vuonna 2015 18—74-vuotiaiden palkansaajien yleisimmät ammattiryhmät sukupuolen ja iän mukaan.

[http://www.stat.fi/til/tyokay/2015/04/tyokay\\_2015\\_04\\_2017-10-20\\_tau\\_010\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/tyokay/2015/04/tyokay_2015_04_2017-10-20_tau_010_fi.html) Luettu 18.4.2018.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö.

<http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto> Luettu 15.4.2018.

Valvira 2014a. Määräys 1/2014 — Yksityisten sosiaalipalvelujen ja julkisten vanhuspalveluiden omavalvontasuunnitelmasta. <http://www.valvira.fi/-/maarays-1-2014-yksityisten-sosiaalipalvelujen-ja-julkisten-vanhuspalveluiden-omavalvontasuunnitelmasta> Luettu 18.5.2018.

Valvira 2014b. Omavalvontasuunnitelma.

[http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen\\_terveydenhuollon\\_luvat/omavalvontasuunnitelma\\_2](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen_terveydenhuollon_luvat/omavalvontasuunnitelma_2) Luettu 19.3.2017.

Valvira 2015a. Terveystenhuollon ammattihenkilön ilmoitusvelvollisuuksia.

<http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/terveydenhuollon-ammattihenkilön-ilmoitusvelvollisuuksia> Luettu 31.1.2017.

Valvira 2015b. Terveystenhuollon valvonta. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/valvonta> Luettu 31.1.2017.

Valvira 2015c. Valvonnan seuraamukset.

[http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/valvonta/ammattihenkilöiden\\_valvonta/valvonnan\\_seuraamukset](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/valvonta/ammattihenkilöiden_valvonta/valvonnan_seuraamukset) Luettu 12.3.2017.

Valvira 2016b. Tyytymättömyys hoitoon.

[http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/tyytymattomyys\\_hoitoon](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/tyytymattomyys_hoitoon) Luettu 13.2.2017.

Valvira 2016c. Valvontalautakunta.

[http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/valvonta/ammattihenkilöiden\\_valvonta/valvontalautakunta](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/valvonta/ammattihenkilöiden_valvonta/valvontalautakunta) Luettu 12.3.2017.

Valvira 2017b. Terveystenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunnassa tehtyjä päätöksiä.

[http://www.valvira.fi/documents/14444/2566226/Ammattihenkilöiden\\_valvontalautakunnan\\_paatokset.pdf/6438c4a8-a42d-4688-9650-3b74b5b9e5ac](http://www.valvira.fi/documents/14444/2566226/Ammattihenkilöiden_valvontalautakunnan_paatokset.pdf/6438c4a8-a42d-4688-9650-3b74b5b9e5ac) Luettu 30.3.2017.

Valvira 2018a. Valvontaprosessin kulku.

[http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/valvonta/ammattihenkilöiden\\_valvonta/valvontaprosessin\\_kulku](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/valvonta/ammattihenkilöiden_valvonta/valvontaprosessin_kulku) Luettu 18.4.2018.

Valvira 2018b. Omavalvonta sosiaalipalveluissa.

<http://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-valvonta/omavalvonta> Luettu 18.4.2018.

Valvira 2018c. Terveysthuollon valvonnan tilastoja.

<http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/tilastot> Luettu 18.4.2018.

Valvira 2018d. Milloin työnantajan on syytä ilmoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöstä viranomaiselle?

<http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet/tyonantajat/velvollisuus-ilmoittaa-terveydenhuollon-ammattihenkilosta-viranomaisille> Luettu 20.4.2018.

Valvira 2018e. Ammattihenkilöiden valvonta.

[http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/valvonta/ammattihenkiloiden\\_valvonta](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/valvonta/ammattihenkiloiden_valvonta) Luettu 20.4.2018.

Vipunen 2018. Työlliset ammatin ja koulutuksen mukaan. [https://vipunen.fi/fi-fi-rakenne/Sivut/Ty%C3%B6llisten-ammattit-ja-koulutus.aspx](https://vipunen.fi/fi-fi/rakenne/Sivut/Ty%C3%B6llisten-ammattit-ja-koulutus.aspx) Luettu 28.4.2018.

Zhong E H, Kenward K, Sheets V R, Doherty M E & Gross L. 2009. Probation and recidivism: Remediation among disciplined nurses in six states. *The American Journal of Nursing* 109(3), 48–57.

Zhong E H. & Thomas M B. 2012. Association between job history and practice error: An analysis of disciplinary cases. *Journal of Nursing Regulation* 2(4), 16–18.

Liite 1. Tiedonhaku tietokannoista (1/2).

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulos	Valitut
CINAHL	nurs* AND ("licens* revocat*" OR suspen* OR "professional* boundar*" OR "professional* disciplin*" OR "unprofessional* behav*")	v. 2006-, englantii, peer reviewed, research article	137	4
	nurs* AND (violen* OR violat*) NOT "horizontal violence" NOT "patient violence" NOT "workplace againts women" NOT "violence against nurse*" NOT "intimate partner violence" NOT "workplace violence" NOT "domestic violence"		416	8
	nurs* AND (thief* OR thiev* OR steal* OR "sexual* misconduct*")		7	1
Pubmed	nurs* AND (suspen* OR "professional* boundar*" OR "professional* disciplin*" OR "unprofessional* behav*") NOT student* NOT bully* NOT multi-disciplinary NOT	v.2006-, englantii, humans, title/abstract	823	1
	nurs* AND (violen* OR violat*) NOT "horizontal violence" NOT "patient violence" NOT "workplace againts women" NOT "violence against nurse*" NOT "intimate partner violence" NOT "workplace violence" NOT "domestic violence"		891	2
	nurs* AND (thief* OR thiev* OR steal* OR "sexual* misconduct*")	v. 2006-, englantii, humans	47	0
Scopus	nurs* AND ("licens* revocat*" OR suspen* OR "professional* boundar*" OR "professional* disciplin*" OR "unprofessional* behav*")	v. 2006-, englantii, article, nursing	672	4
	nurs* AND (thief* OR thiev* OR steal* OR "sexual* misconduct*")		202	1
PsycInfo	nurs* AND (license* revocat* OR suspend* OR professional* boundary* OR "professional* discipline*" OR unprofessional* behav)	v. 2006-, englantii	140	1
	(nurse* AND (violent* OR violate*)) NOT "horizontal violence"	v. 2006-, englantii, peer reviewed	201	0
	nurs* AND (thief* OR thiev* OR steal* OR "sexual* misconduct*")		26	0
Medic	hoit* AND (epäammat* OR asiato* OR asiatt* OR häiri* OR rikko* OR rikk* OR varast* OR anast* OR väkival* OR rangaist* OR rankais*)	v. 2006-, suomi	1141	0
Josku	hoit? AND (epäammat? OR asiato? OR asiatt? OR hair? OR riko? OR rikk? OR varast? OR anast? OR väkival? OR rangaist? OR rankais?)	v. 2006-, suomi	31	0
	nurs? AND ("licens? revocat?" OR suspen? OR incivil? OR "professional? boundar?" OR "professional? disciplin?" OR "unprofessional? behav?")	v. 2006-, englantii	515	0
	nurs? AND (thief? OR thiev? OR steal? OR "sexual? misconduct?" OR violen? OR violati?)		104	0

Liite 1. Tiedonhaku tietokannoista (2/2).

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulokset	Valitut
Melinda	hoit? AND ( epäammat? OR asiato? OR asiatt? OR riko? OR rikko? OR varast? OR anast? OR väkival? OR rangaist? OR rankais? )	v. 2006-, suomi	337	0
	Manuaalinen haku: Hoitotiede- ja Tutkiva hoitotyö -lehdet v. 2006-2016			0
	<b>Yhteensä</b>		<b>5690</b>	<b>22</b>

Liite 2. Kirjallisuushaun artikkelit (1/4).

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä ja aineisto	Päätulokset
Azuri, Haron, Riba & Sar-Lev, 2014, Israel	Kartoittaa tutkintaprosessin päätöksiä sekä tutkia Israelin terveysministeriön päätöksenteon käytäntöjä	Dokumenttianalyysi, määrällinen tutkimus sekä sisällönanalyysi Hoitajien tutkintaprosessit Israelissa vuosilta 2002–2012 (N=72).	Tapaukset ovat olleet hoitajien määrään verrattuna harvinaisia. Sukupuolen ja etnisen taustan jakaumat eivät poikkea ammattikunnan vastaavista. Prosessin keskim. kesto 2 vuotta. Seuraamukset olivat toisiaan vastaavissa tapauksissa epäjohdonmukaisia.
Chiarella & Adrian, 2013, Australia	Tutkia ammatillisten rajojen ylittämisen tapauksia sairaanhoitajien ja kätilöiden potilassuhteissa	Katsaus valvontaviranomaisen päätösasiakirjoista Ammatillisia rajoja koskevat tapaukset New South Wales Nurses and Midwives Tribunal and Professional Standards Commmittees:in päätöksellä seuraamuksia saaneista hoitajista vuosien 1999–2006 ajalta (N=29).	Kaikki 29 ammatillisiin rajoihin liittyvät tapaukset koskivat sairaanhoitajia. Tapauksista suurin osa koski miespuolisia hoitajia. 14 hoitajaa poistettiin rekisteristä määräajaksi. Ammatillisiin rajoihin liittyviä rikkomuksia oli paljon erilaisia.
Clevette, Erbin-Roesemann & Kelly, 2007, USA	Tutkia rikostuomioiden ja epäammatillisen toiminnan välistä yhteyttä	Tapaus-verrokkitutkimus Koehenkilöiksi valittiin kaikki vuosina 2003 ja 2004 Nebraskassa seuraamuksia saaneet lähi- (LPN) ja sairaanhoitajat (RN) (N=184). Verrokkiryhmään valittiin Nebraskasta sama määrä hoitajia, jotka eivät olleet saaneet seuraamusta.	Aiemman rikoshistorian ja hoitajana saatujen seuraamusten välillä ei ole yhteyttä. Hoitajista, jotka saivat seuraamuksen, rikostaustaisilla seuraamus tuli nopeammin työuran alettua (5,6 v) kuin hoitajilla ilman rikoshistoriaa (11,1 v).
Collins & Mikos, 2008, USA	Kuvata hoitajien epäammatillista toimintaa suhteessa lakiin ja hoitajien ammatilliseen sääntelyyn sekä seuraamuksiin	Ei-kokeellinen kuvaileva laadullinen tutkimus Viimeisimpien 15 vuoden ajalta n. 500 tapausta, joissa kirjoittajat ovat olleet mukana juristeina.	Viitekehys, jossa 6 kategoriaa epäammatillisesti toimineista hoitajista: alalle soveltumattomat (bad apples), heikentyneet (impaireds), epäpätevät (incompetents), rikolliset (criminals), sääntöjen venyttäjät (rule benders) sekä hyvät hoitajat, joilla oli huono päivä (good nurses having a bad day).

Liite 2. Kirjallisuushaun artikkelit (2/4).

da Silva, da Silva & Duarte, 2016, Brasilia	Tutkia hoitajista tehtyjä kanteluita	Retrospektiivinen, analyttinen aineistotutkimus Hoitajista tehdyt kantelut Mato Grosso de Sulin Regional Board of nursing:lle keskiläntisen Brasilian alueella, vuosilta 2003–2013 (N=111).	Yleisimmin kantelun tekijänä oli hoitotyön ammattilainen (n=40). Asiakkaat tekivät kanteluita vain vähän (n=8). Eniten kanteluita tehtiin sairaaloissa (n=65).
Evangelista & Sims-Giddens, 2008, USA	Verrata ammatinharjoittamisoikeuksiin puuttumisen käytäntöjen eroja nais- ja miespuolisten hoitajien välillä Missourissa	Post hoc-analyysi Missouri Board of nursing:n ammatinharjoittamisoikeuksiin puuttumisen tapaukset helmikuulta 2000 tammikuulle 2004 (N=627).	Miehet olivat aineistossa ylliedustettuina 2,5-kertaisesti verrattuna osuuteensa hoitoalan työntekijöiden määrästä. Molemmilla sukupuolilla yleisimpänä seuraamuksen syynä olivat päihteet.
Hester, Green, Thomas & Benton, 2011, USA	Arvioida kuntoutuksen vaikutusta seuraamusten toistumiseen sairaanhoitajilla Teksasissa	Sekundäärisen datan analyysi Sairaanhoitajat (N=59), jotka Teksasissa tammikuun 2004 ja joulukuun 2008 välisenä aikana saivat useampia seuraamuksia epäammatillisesta toiminnasta	Kuntoutus näytti vähentävän epäammatillisen toiminnan uusiutumista. Epäammatillisesti toimineista 23,7 % miehiä, iän mediaani 50 v. Suurin osa työskenteli sairaaloissa.
Hudson & Droppers, 2011, USA	Hoitajien tekemien virheiden tunnistamisen parantaminen Oregonissa, virheitä tekevien hoitajien profiilin tunnistaminen sekä seuraamuskäytäntöjen tutkiminen	Pitkittäinen retrospektiivinen kohorttitutkimus. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Oregonissa syyskuun 1996 ja kesäkuun 2008 välisenä aikana seuraamuksen saaneet hoitajat (N=720).	Seuraamuksen saaneista hoitajista 19 % oli miehiä ja hoitajien iän mediaani oli 51,5 vuotta. Yleisimmät rikkomukset liittyivät päihteisiin ja ns. muihin syihin, hoidon laatuun, epäammatilliseen käytökseen, kirjaamisen puutteisiin tai epäpätevyyteen.



Liite 2. Kirjallisuushaun artikkelit (3/4).

<p>Hudspeth, 2007, USA</p>	<p>Tutkia APRN-koulutettujen hoitajien saamia seuraamuksia USA:ssa</p>	<p>Tiedonkeruu kyselylomakkeella, joka sisälsi 4 epäammattillisen toiminnan kategorioita. Tulokset analysoitu tilastollisin menetelmin. 51 Board of nursing:sta pyydettiin tietoja Advanced practice registered nurse (APRN) -koulutetuista hoitajista v. 2003–2004. Saatiin 38 Board of nursing:sta 125 882 hoitajan tiedot.</p>	<p>Kahden vuoden aikana 125 882 hoitajalle yhteensä 688 seuraamusta saaneesta (0,54 %). Seuraamusten määrät olivat matalia kaikissa osavaltioissa.</p>
<p>Jones, Fitzpatrick &amp; Drake, 2008, USA</p>	<p>Tutkia, eroavatko eri koulutustaustaisten sairaanhoitajien määrät seuraamustilastoissa</p>	<p>Kuvaileva vertailututkimus Ohiossa vuosina 2002–2006 ammatillisten rajojen ylittämisen vuoksi seuraamusten saaneet hoitajat (N=27).</p>	<p>Seurannan aikana 0,01 % sairaanhoitajista sai seuraamuksen ammatillisten rajojen ylittämistä. Keskim. ikä 44,81 v. Miehiä 22 %. Hoitajista 37 % oli aiemminkin toiminut epäammattillisesti.</p>
<p>Kenward, 2008, USA</p>	<p>Kuvata seuraamuskäytäntöjen suuntia sekä seuraamusten kohteena olleiden hoitajien profiilia</p>	<p>Kuvailevat tilastolliset menetelmät Tammikuun 1996 ja joulukuun 2006 välisenä aikana USA:ssa seuraamuksia saaneet hoitajat, joiden tiedot löytyivät Nursys-verkkopalvelusta ja joiden tietojen käyttöön saatiin lupa Board of nursing:lta (N=52 297).</p>	<p>Alle 1 % hoitajista vuosittain saa seuraamuksia. Lääkkeisiin liittyvät syyt ovat läninä 24 % tapauksista. Miehiä 18 % tapauksista. 39 % tapauksista ollut ammatissa 10–24 vuotta.</p>
<p>Zhong &amp; Thomas, 2012, USA</p>	<p>Määrittellä mahdollisia riskitekijöitä haittatapahtumille tai hoitovirheille hoitajista tehtyjen kanteluiden perusteella</p>	<p>Tilastollinen analyysi Helmikuun 2008 ja 1. joulukuun 2010 välisenä aikana Board of Nursing:ien TERCAP-tietokantaan lisäämät tapaukset, joissa täyttyivät määritellyt kriteerit (N=861).</p>	<p>Hoitajista 60 % oli saanut seuraamuksen työnantajan taholta tai tullut irtisanotuksi työstään aiemmin. Hoitajan työhistorian perusteella voidaan tunnistaa riskitekijöitä.</p>

Liite 2. Kirjallisuushaun artikkelit (4/4).

<p>Zhong, Kenward, Sheets, Doherty &amp; Gross, 2009, USA</p>	<p>Määritellä seuraamuksen jälkeen koeajalle asetetun hoitajan parannuksen tekemiseen ja mahdolliseen epäammattillisen toiminnan uusimiseen vaikuttavia tekijöitä</p>	<p>Tapaus-verrokkitutkimus 6 USA:n osavaltion Board of nursing:n dokumenteista poimittiin 207 hoitajan tietoja tiedonkeruulomakkeella. Hoitajat olivat vuonna 2001 saaneet seuraamuksia ja asetettu koeajalle. Verrokkiryhmänä 491 hoitajaa, joilla ei seuraamuksia.</p>	<p>39 %:lla tapauksista epäammattillinen toiminta uusiutui v. 2001–2005 aikana. Löydettiin kolme uusiutumiseen vaikuttavaa tekijää: aikaisempi rikoshistoria, useampi kuin yksi epäammattillisen toiminnan tapaus ennen v. 2001 asetettua koeaikaa sekä työnantajien vaihtuminen koeaikana.</p>
---	---	--	---

Tunnistenumero: 20xx00xVSHxx0118

No	Kysymyksen sisältö	Tarkenne	Tiedot
<b>1. Henkilökohtaiset taustatiedot</b>			
1.	Syntymävuosi:		
2.	Sukupuoli	Mies, Nainen, Muu	
3.	Etninen tausta	Avoin	
4.	Työpaikka, jossa prosessi käynnistynyt	Työsuhteen alkamisajankohta Kk/vuosi: Tehtävä: Yksityinen/julkinen: Toimiala/yksikkö:	
5.	Päätöksessä mainittu rikoshistoria		
6.	Päätöksessä mainitut diagnoosit		
7.	Päätöksessä mainittu muu lääkitys		
<b>2. Päätöksissä mainittu koulutushistoria</b>			
1.	Tutkinto, vuosi	Kaikki	
2.	Oppilaitos/mainita		
3.	Mainittu täydennyskoulutus		
4.	Ongelmia koulutuksen aikana, Päihteiden käyttö, onko puututtu		
<b>3. Päätöksessä mainittu muu työhistoria (voidaan täsmentää selvitysten avulla)</b>			
1.	Kuvaus muista työsuhteista		
<b>4. Aikaisemmat puuttumisprosessit</b>			
1.	Aikaisempi ilmoitus: ajankohta, organisaatio, ilmoituksen syy, seuraus:		
<b>5. Päätöstä koskeva puuttumisprosessi</b>			
<b>a. Vireillepano</b>			
1.	Vireillepanon ajankohta	Avoin: kk/vuosi	
2.	Vireillepanon tyyppi	Avoin:	
3.	Vireille panija	Avoin:	
4.	Ilmoituksen syy (miksi ilmoitus tehty) /väärinkäytöksen tyyppi		
5.	Valviran velvoittama terveydentilan ja ammatillisen toimintakyvyn tutkimus/mahd. kieltäytyminen		
6.	Rikosilmoitukset asiassa (syyt)		
<b>b. Päätöksessä kuvattu esimiehen toiminta (mikäli ei tule esille päihteiden käytön yhteydessä)</b>			
1.	Kuka: titteli, asema:		
2.	Toiminta tapahtumien suhteen prosessissa:		

<b>c. Päätöksessä kuvatut asiantuntijat/(terv.alan)ammattilaiset</b>		
1.	Esim. Työterveyshoitaja, Työterveyslääkäri Työterveyspsykologi, Luottamushenkilöt, Työsuojelu, Päihdetyöryhmä	
<b>6. Päätöksessä mainittu päihteiden käyttö ja siihen puuttuminen</b>		
1.	Onko päihde mainittu päätöksessä, mikä: alkoholi/huume/lääke	
2.	Päihteiden käytön ilmeneminen työssä	
3.	Puuttuminen esimies/työkaverit (päihteiden sisällä kuvatut puuttumiset) Kuka, miten, mitä protokollaa käytetty:	
4.	Riskiarviot/mittarit, työkykyarvio, onko tehty:	
5.	Hoitoonohjaus: miten:	
6.	Kuntoutus ja -paikka: Miten: (Esim. Hoitositoumus, kuntoutussuunnitelma)	
7.	Miten päihteiden väärinkäyttö on todennettu työpaikalla (esim. puhallutus)	
<b>7. Päätös</b>		
1.	Milloin päätös tehty	kk/vuosi:
2.	Päätös/Ratkaisu	Avoin:
3.	Päätöksen tyyppi: Väliaikainen, toistaiseksi, lopullinen	
<b>8. Päätöksen perusteluna käytetyt dokumentit</b>		
1.	Selvitysten lukumäärä	
2.	Selvitysten tyyppi	